29
2013
APN e.Book
Towards An Arab School Of Psychological Sciences
الكتاب الإلكتروني لشبكة العلوم النفسية
سلسلـــة الكتـــاب الإلكترونـــي:
عـــدد 29

معالجة الاضطرابات التالية للصدمة بعلاج إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR): افاق جديدة

د. وليـد خالـد عبـد الحميـد

عـــدد 29 - 2013
إصـدارات شبكـة العلـوم النفسيـة العربيـة

معالجة الاضطرابات التالية للصدمة بعلاج

إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين

(EMDR): آفاق جديدة

د. وليـد خالـد عبـد الحميـد

الفهرس

المقدمـــــــــة

منذ الربيع العربي، اكتشف العالم حدّود الاضطهاد و التعذيب الذي مارسته الأنظمة القمعية ضد الشعوب و قد خلق هذا الاضطهاد بالضرورة الكثير من المشاكل النفسيّة لدى المواطنين.

إنه لمن المهمّ للحكومات الديمقراطيّة الجديدة في العالم العربيّ أن تتعامل مع آثار الأنظمة الاستبداديّة السابقة بما في ذلك المرض النفسي و هذا يحتاج لأن تكون الخدمات النفسيّة موجّهة للمجتمع ومقبولة من قبله ومتجاوبة مع حاجاته. و يجب التوكيد في الخدمات النفسيّة الجديدة على أن تتم معالجة نتائج الاضطهاد من خلال طب نفس الرضح. إن تأسيس " مراكز ضحايا التعذيب والعنف السياسي للصحة النفسية " سيكون أساس للخدمات الطبية النفسية الجديدة بدون مشاكل الوصمة. كما يجب أن يدمج في هذه المراكز المفهوم الروحي التقليديّ للصحّة النفسية و المعالجات التقليديّة مثل العلاج بالقرآن. المراكز يجب أن تسمى و تشكل بطاقم فعال لتقدّيم هذه الوظيفة وبطريقة مقبولة للسكّان.

أن الممارسات القمعية واللاإنسانية للأنظمة العربية التي أطاح و سيطيح بها الربيع العربي قد تركت العديد من الآثار النفسية في المتعرضين لها من أبناء الشعب العربي (Filiu, 2011). من هذه الآثار مرض الاضطراب الكربي التالي للرضح والذي عادة مايصيب المتعرضين للعنف والتعذيب.

"قام الحرّاس بتعليقي من رسغي إلى السقف لمدة ثمانية أيام. بعد بضعة أيام من التعليق وعدم النوم، شعرت بأن دماغي قد توقف عن العمل بدأت أتخيّل الأشياء. أصبحت قدماي منتفختين في اليوم الثالث. أحسست بألم ما شعرت به أبدا في حياتي. كان الألم شديدا جدا. صرخت بأنّني أحتاج للذهاب إلى المستشفى، لكن الحرّاس سخروا مني فحسب". (Solvang, Ole, Neistat, Anna, et al, 2012: P6).

هكذا بدأ تقرير منظمة مراقبة حقوق الأنسان العالمية وصفا لما أدلى به أحد الذين اعتقلتهم أجهزة النظام الاستبدادي في سوريا. التقرير أكد بأنه منذ بداية الاحتجاجات المعادية للنظام في مارس/آذار 2011، قام النظام باعتقال عشرات الآلاف من السوريين و تعذيبهم في شبكة واسعة من مراكز الاعتقال في سورية (27 حددت).

و يعرف التعذيب بأنه إحداث ألم جسمي أو نفسي مبرح لتحقيق أغراض معينة مثل العقاب، التخويف، الإجبار، و إنتزاع الإعترافات أو المعلومات. ضحايا التعذيبيمكن أن يعانوا من الاضطراب الكربي التالي للرضح ، الكآبة، وأعراض أخرى مثل الإنطواء الإجتماعي، مشاكل النوم بالإضافة إلى الأثر النفسي والإجتماعي على الأسرة والمجتمع.

الأعراض النفسية للتعذيب تكون أسوأ من الجسمية في أغلب الأحيان بمعنى أن الشخص لا يمكنه التعافي منها، وقد تؤدي في النهاية، نتيجة لليأس والألم، إلى الإنتحار إذا لم تعالج ويوفر لها الدعم الكافي (Gerrity, 2001, p41). إن واجب الوفاء للذين قدموا أنفسهم وعانوا وعائلاتهم من أشد درجات البطش من قبل الأنظمة البائدة من أجل أن يتحقق الربيع العربي أن هذا الواجب يستدعي منا على أقل تقدير أن نشكل الخدمات الصحية النفسية لتستجيب لحاجات هؤلاء الابطال وعوائلهم بمعالجة الصدمات التي تعرضوا لها نتيجة الضغط والإرهاب والتعذيب خلال عقود الأنظمة البائدة.

فبعد الظلم السياسي الذي سبق وسبب الربيع العربي وكذلك إهمال صحة المجتمع العقلية من قبل الأنظمة الإستبدادية في العالم العربي. يجب أن تعنى الأنظمة الديمقراطية الناتجة عن الربيع العربي حديثا على تأسّيس وتحسين الصحة العقلية للسكان كأحد الأهداف الرئيسية للربيع العربي.

إن اقتراح الدكتور جمال التركي الأمين العام لاتحاد الأطباء النفسيين العرب تأسيس مراكز عناية ضحايا التعذيب والعنف السياسي في تونس أم ثورات الربيع العربي يجب أن يكون هدف معيّن رئيسي للحكومات الديمقراطية الجديدة التي نتجت عن ثورات الربيع العربي. هذه المراكز يمكن أن تصبح حجر الزاوية للخدمات الصحية العقلية الجديدة.

إن حماية السكان من الاضطرابات النفسية ونتائجهم الاجتماعية وخصوصا الأبطال الذين ناضلوا ضد وعانوا من بطش الأنظمة السابقة هو وفاءا لتضحياتهم التي أدت إلى الربيع العربي وهو هدف نبيل للحكومات الجديدة و يجب أن يتحدد أثناء وبعد الثورة. كذلك إن الخدمات المبنية على معالجة الصدمة ليست فقط ستلبّي حاجات المجتمع بعد ما عاناه المواطن الذي عرض للصدمة ولمدة طويلة من الظلم والممارسات العدوانية من الأنظمة الاستبدادية لكن أيضا ستساعد في خلق خدمات صحية عقلية مؤسّسة على أحد الطرق العلاجية والتي تهدف إلى عكس اتجاه الوصمة المرتبطة تقليديا بالخدمات الصحية العقلية القديمة.إن العلاج حركة العين (EMDR) هو علاج نفسي أساسه الدليل العلمي لعلاج الاضطراب الكربي التالي للصدمة (PTSD)، بوجود 15 دراسة مقارنة عشوائيا أظهرت كفاءته في تخفيض والإزالة هذا الاضطراب وأعراضه. لقد أضهرت هذه الدراسات إن العلاج يزويد بنتائج علاجية مشابهه لتلك المنجزة من قبل العلاج

السلوكي الإدراكي (Bisson & Andrew, 2007)، مع كون التأثيرات العلاجية أطول بقاءا في دراسات المتابعة. كما إن هناك أيضا دعم بحثي لإستخدام علاج حركة العين في معالجة الاضطرابات النفسية الأخرى و مشاكل الصحة العقلية المختلفة والأعراض جسدية للأمراض النفسية.

إن العالمة الأمريكية شابيرو (2001) قد أكتشفت ما دعته بعلاج البيانات التكيفي (AIP) كنموذج للعلاج النفسي الذي يفترض إن معظم الأمراض النفسية تتسبب عن تشفير مضطرب أو ناقص لذاكرة الأحداث والصدمات وهذا يعرقل المعالجة الطبيعية (التكيفية) للتجارب والصدمات المؤلمة أو المقلقة. و هذا بدوره يضعف قدرة الفرد لإستكمال معالجة هذه التجارب بإسلوب تكيفي. إن المراحل الثمان المتشعّبة لعملية علاج حركات العين EMDR تعمل على تسهيل إستئناف تشغيل البيانات والتكامل الطبيعي لها. إن هذه النظرة العلاجية الجديدة، التي تستهدف التجارب الماضية و المحفزات الحالية وكذلك التحديات المحتملة المستقبلية، يؤدّي ليس إلى تخفيف الأعراض الحالية ولكن منع انتكاس الاضطرابات النفسية كما أظهرت الدراسات.

إن عدم علاج اضطرابات مابعد الصدمة قد يودي وكما أثبتت البحوث الحديثة للطبيب النفسي الهولندي المقيم في الولايات المتحدة باسل فان دير كولك بأن التعرض المزمن للصدمات وخصوصا تلك التي تبدأ في مرحلة مبكرة من العمر يؤدي إلى ما يعرف بالصدمة المعقدة. والصدمة المعقدة الناتجة عن الصدمات الغير معالجة تكون ذات تأثير أكثر سعة و عمقا من تلك المتعارف عليها مع الاضطراب الكربي التالي للصدمة. أنها تودي بالشخص المصاب إلى مشاعر مزمنة من عدم التمكن من السيطرة على مشاعرهم وسلوكهم وإحتقار الذات والتقييم السلبي للنفس وعدم التمكن من إقامة علاقات صحية متوازنة مع الآخرين. ومن الواضح أن مثل هذه المشاكل الشائعة في مجتمعاتنا بسبب عقود من القهر ستعيق أي خطط لتطوير الأنسان أو المجتمع. وأود أن أقدم علاج إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR) السهل الأستعمال والتدريب والأستخدام كركيزة لمراكز تعالج مشاكل الصدمة وفق تركيبة نفسية وإجتماعية وروحية متوافقة ومقبولة من قبل المجتمع العربي المسلم. ولقد أشتغلت على هذا الكتاب بناء على اقتراح من الدكتور جمال التركي رئيس الشبكة ومنذ مؤتمر دبي في نوفمبر 2012، أرجوا أن يكون الجهد الذي بذلته طيلة الأشهر الماضية قد أثمربما ينفع الناس من زملائي أطباء وعلماء النفس والله الموفق.

البـــــــــــاب الأول

الفصل الأول: تعريف الصدمة أو الرضح (حسب ترجمة منظمة الصحة العالمية) والاضطرابات التالية للصدمة

عرّف فرويد الكرب بأنه أيّ موقف يعرض العقل إلى محفّز يكون أكبر قوة مما يمكن للعقل التعامل معه بالطريقة الطبيعية (فرويد، 1917). بينما عرّف الكرب مؤخرا من خلال الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الأمريكي الإصدار الرابع في شكل أحداث متطرّفة الشدة التي تتضمّن 'خطر الموت الفعلي أو المهدّد بالموت أو الإصابة الجدّية أو تهديد للسلامة الطبيعية للنفس أو للآخرين '.

أما تعريف التصنيف العالمي للأمراض الإصدار العاشر (ICD-10) بأنّه 'حدث أو حالة صادمة . . . مهدّد بشكل استثنائي أو هائل جدا الذي من المحتمل أن يسبّب ضيق واسع الإنتشار في أي شخص آخر' (منظمة الصحة العالمية، 1992: p. 147). لهذا السبب، في تشخيص الاضطراب الكربي التالي للصدمة (PTSD) لا تقبل الأحداث المزعجة الأخرى التي توصف بال'مؤلمة' في لغتنا اليومية، مثل الطلاق، خسارة شغل أو الفشل في امتحان. في هذه الحالات ، يكون تشخيص اضطرابات التأقلم مناسبا أكثر.

ويمكن تصنيف الاضطرابات التالية للصدمة أو الكرب بالاضطرابات التالية:

3. التفاعــــل للكـــــرب الحـــــاد Acute stress reaction

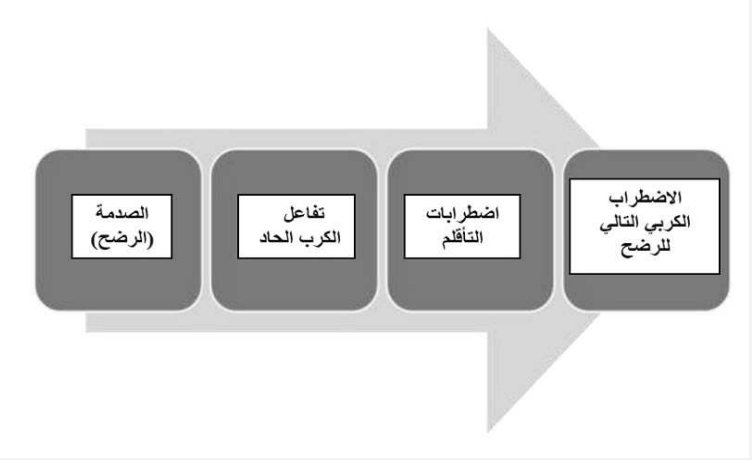
هو اضطراب عابر، على درجة كبيرة من الشدة، يتكون فى الشخص دون وجود أي اضطراب نفسي واضح آخر، كاستجابة لكرب استثنائي جسمي أو نفسي أو كليهما، ويتلاشى عادة خلالي ساعات أو أيام. وقد يكون مسبب الكرب عبارة عن تجربة شديدة تحمل تهديدأ خطيرا للامان أو السلامة الجسمية للشخص أو واحد أو أكثر من أحبائه (على سبيل المثال كارثة طبيعية، حادث، معركة، اعتداء إجرامي، اغتصاب) ، أو تغير مفاجئ ومهدد في الوضع الاجتماعي أو الشبكة الاجتماعية للشخص (على سبيل المثال وفيات متعددة، حريق بالمنزل، الخ) . ويزداد احتمال الإصابة بهذا الاضطراب إذا تواكب

مع إجهاد جسمي أو عوامل عضوية على سبيل المثال، في كبار السن) . والاستعداد الشخصي للتأثر والقدرة الشخصية على الصمود يلعبان دورا في ظهور وشدة التفاعلات الحاد للكرب، والأمر الذي يؤكده أن ليس كل من يتعرض لكرب شديد يصاب بالاضطراب. وتظهر الأعراض تباينا شديداً، ولكن الأعراض النموذجية تتضمن حالة بدائية من التبلد daze ،مع بعض الضيق في ساحة الوعي والانتباه، وعدم القدرة على فهم المنبهات، والتوهان – disorientation . وقد يلي هذه الحالة إما انسحاب متزايد من الوسط المحيط (قد يصل إلى حد الذهول التفرقي).

4. اضطرابـــات التأقلـــــم Adjustment disorders

هى حالات من الضيق الفردي والاضطراب الوجداني غالبا ما تسبب التشويش على النشاط والأداء الاجتماعيين. وتظهر الحالات أثناء فترة التأقلم مع تغير رئيسي في الحياة أو مع عواقب حادث حياتي مسبب للكرب (بما فى ذلك وجود أو احتمال حدوث مرض جسمى خطير) . وقد يترك الحادث أثرا فى تكامل الشبكة الاجتماعية للشخص (العزاء بموت عزيز، تجربة انفصال) ، أو في النظام الدعامات والقيم الاجتماعية (كما في تجارب الهجرة واللجوء) . وقد يتضمن الحادث الشخص وحده أو قد يشمل أيضا جماعته أو مجتمعه.

ويبدأ الاضطراب غالبا خلال شهر من وقوع الحدث المسبب للكرب أو التبدل الحياتي ولا تتجاوز مدة ألأعراض عادة ستة شهور.



صورة 2 الاضطرابات التالية للصدمة أو الرضح (حسب ترجمة منظمة الصحة العالمية)

3.الاضطراب الكربي التالي للصدمة (أو الرضح) Post-traumatic stress disorder

يظهر هذا الاضطراب كاستجابة متأخرة مع أو أن يكون أمتدادا زمنيا لحادث او حالة مسببة للكرب (الوجيز أو المديد) ذي طابع يحمل صفة التهديد أو الكارثة الاستثنائية، وينتظر منه أن يحدث ضيقا عاما لأي شخص (على سبيل المثال كارثة طبيعية أو اصطناعية، حرب، حادثة شديدة، مشاهدة موت آخرين فى حادث عنيف، أن يكون الشخص نفسه ضحية تعذيب، إرهاب، اغتصاب أو جرائم أخرى) وإذا كانت هناك عوامل مهيئة مثل سمات شخصية أو تاريخ سابق لمرض عصابي، فإنها قد تخفض من الحد العتبي اللازم لتكوين المتلازمة أوتفاقم من مسارها، ولكنها ليست ضرورية أو كافية وحدها لتفسير حدوثها.

وتتضمن الأعراض النموذجية نوبات متكررة من اجترار الرضح من خلال ذكريات اقتحامية (" رجائع زمنية "flashbacks ") ، الأحلام أو الكوابيس، التي تحدث على خلفية مستمرة من الإحساس بالتنمل والتبلد ألانفعالي والانفصال عن الآخرين وعدم الاستجابة للعالم المحيط، والزهد بالدنيا، وتجنب النشاطات والحالات التي قد تذكر بالصدمة. وعادة ما يكون هناك خوف ونجنب لرموز تذكر المصاب، بالصدمة الأصلية. ونادرا ما تكون هناك تفجرات، شديدة وحادة من الخوف او الهلع او المشاعر العدوانية تثيرها منبهات تستدعي اجترارا مفاجئا أو إعادة تمثل مفاجئة للصدمة أو للتفاعل الأولي له.

يتل الاضطراب الكربي التالي للصدمة (PTSD) أحداث مهدّدة ومحزنة جدا عادة. بالأضافة إلى الصدمة نفسها فإن إدراك الضحيّة لمدى تهديد الصدمة يمكن أن يكون ذا أهمية كبيرة. الناس الذين كانوا مهدّدين بلعبة بندقية يعانون من الاضطراب الكربي التالي للصدمة PDSD إذا إعتقدوا خلال الصدمة إنها كانت بندقية حقيقية وبأنّ حياتهم كانت في خطر. على أية حال، الحالات الأكثر شيوعا التي قد تعرّض الناس إلى الاضطراب الكربي التالي للصدمة PTSD هي كالتّالي: (NICE, 2005, P5):

_ الناس الذين كانوا هدف الجريمة العنيفة مثل الإعتداءات الجسمية والجنسية، إلتحرش جنسي، الفوضى العامّة الخ.

_ الأشخاص الذين يتعرّضون إلى عنف الحرب والتعذيب و عنف أو إرهاب الدولة، واللاجئون الهاربون من مثل هذه الحالات.

_ الأشخاص المتعرضين إلى العنف من خلال وظائفهم مثل الجنود وشرطة والصحفيين وحراس السجن ، ضبّاط خدمة إطفاء الحرائق وطواقم سيارات الإسعاف وموظفي الطوارئ (هذا يمكن أن يتضمّنوا الناس الذين تركوا الخدمة).

_ الأشخاص الذين ينجون من الحوادث والكوارث.

_ النساء بعد الولادة المؤلمة و الأفراد الذين شخّصوا بمرض خطير.

الفصل الثاني: الوقاية من الاضطرابات النفسية بعد الصدمة أو الرضح

الوقاية في الطبّ النفسي عُرّفت أولا من قبل الطبيب النفساني الأمريكي جيرالد كابلان في كتابه "مبادئ الطبّ النفسي الوقائي". لقد صنّف كابلان الوقاية من الاضطرابات النفسية إلى؛ الوقاية الأولية والثانوية والثالثية. تتضمّن الوقاية الأولية تخفيض حدوث الاضطراب العقلي في المجتمع بمنع بداية هذه الاضطرابات. وتستهدف الوقاية الثانوية تقليص مدّة وشدّة الاضطرابات النفسية عندما تحدث. تهدّف الوقاية الثالثية تخفيض الضعف والعطّل بعيد الأمد والذي قد ينتج من هذه الاضطرابات (Caplan, 1964, P16).

جدول رقم-1

صنف كابلان الوقاية في الطب النفسي الى:

1. وقاية أولية.
2. وقاية ثانوية.
3. وقاية ثالثية.

الدراسات المتابعة التي أجريت بشكل رئيسية في الولايات المتحدة الأمريكية أظهرت بأنّه بالرغم من أن نسبة عالية من السكان تعرّضوا إلى الصدمة (89.6 %) فأن أقلية منهم إصيبوا بالاضطراب الكربي التالي للصدمة (PTSD) (5-6% في الرجال و10-14 % في النساء) ((New, et al 2007:P78)). تقترح هذه النتائج بأنّ لدى الغالبية العظمى من الناس المرونة والمقاومة للصدمة ولذلك السبب فهم يتحمّلونها بدون الإصابة بالأمراض النفسية.

طبيب الأعصاب الفرنسي بيير جانيت كان واحد من أوّل العلماء في إستكشاف التأثير النفسي للصدمة. في دراسة لأكثر من 5000 مريض إقترح بأنّ الذكريات المؤلمة للصدمة لها تأثير "كلّ شيء أو لا شيء". إستنتج جانيت أيضا بأنّه في أغلب الأحيان يحدث التذكر للصدمة خارج المضمون (context) والخطأ في وضع الصدمة في سياقها التأريخي (van der Hart et al, 1989).

إن هناك عدد من الخصائص النفسية-الإجتماعية التي لوحظت أهميتها في تقرير المرونة والمناعة للأحداث والصدمات المؤلمة والمرهقة. مثال ذلك مقدرة الشخص على التكيّف والتفاؤل الإيجابي تجاه المصائب (Andresson، 1996)، و وجود بوصلة أخلاقية أو معتقدات دينية يساعدان في إعادة النظر في المصيبة وفق نظرة إيجابية (Pragament، 1997) وقد أثبتت البحوث كذلك حتى أهمية وجود قابلية الفكاهة والضحك التي تساعد في الوقاية أيضا (Davidson et al, 2005).

أن مثل هذه البحوث كانت نقطة البدأ للنداءات التي تدعوا إلى التدخّل المبكّر في المساعدة على أعادة تشكيل تقييم الأفراد المعرفي للصدمة في الكوارث الشديدة الطبيعية أو الأصطناعية (كوارث من خلق الأنسان كالحروب والجرائم والأعتداء..الخ). و لفترة طويلة كان إستخلاص المعلومات (Debrieving) التدخّل الوقائي الرئيسي في الكوارث و الأحداث العامة الأخرى المؤلمة. لكن الدراسات المتكررة أثبتت قلة تأثير هذا التداخل مرارا وتكرارا (Pitman & Delahanty، 2007 : P 372).

لقد إجريت دراسة عن طريق مسح متّصل بالإنترنت ل 2,138 فرد الذين طُلب منهم إبداء ردود أفعالهم تجاه الهجمات الإرهابية في 11 سبتمبر/أيلول 2001. إستطلاعات الرأي المتابعة لهذه الدراسة و التي قيّمت نتائج الصحة العقلية والجسمية في السنتين التالية للحادث الإرهابي أظهرت بأنّ المشاركين الذين إختاروا أن لا يبدوا أيّ ردّ فعل أولي أظهروا نتائج نفسية أفضل بمرور الوقت من أولئك الذين أبدوا ردّ فعل أولي. أولئك الذين إختاروا إبداء ردود أفعالهم الفورية، وكانت لديهم ردود مفصلة أكثر أصابة بالاضطرابات التالية للصدمة و بنتائج صحية أسوء بمرور الوقت (Seery, et al. 2008).

الدرسات أظهرت بأن إستخلاص المعلومات ذي الجلسة الواحدة لم يظهر أي تأثيرات سريرية خلال التدخّل الذي إختبر من خلال 15 دراسة عشوائية مسيطر عليها. إن نتائج هذه الدراسات أدت إلى الإقترح بأنّ إستخلاص المعلومات ذي الجلسة الواحدة قد يسبّب أذى للأفراد أكثر من الفائدة المرجوة منها. كما أنه لا يوجد دليل على فعالية إستخلاص المعلومات الجماعي (Bisson et al, 2002 & Adler et al, 2008).

كانت هناك دراسة أيضا عن فعالية التعليم والتثقيف النفسي من خلال كتيب يصف ردود الأفعال للصدمة ويعطي المعلومات والنصيحة عن كيفية التصرف وكيفية استعمال الدعم المتوفرة بعد الصدمة أو الكوارث. لقد وجدت هذه الدراسة بأن ذلك الكتيب ذي معلومات المساعدة الذاتية ليس بأكثر فعّالية من قائمة الإنتظار للأفراد في منع حدوث الاضطراب الكربي التالي للصدمة PTSD. ولقد أظهرت الدراسة نتائج عكسية أكدت احتمال تسبيب الضرر من خلال إنخفاض حالات الاضطراب الكربي التالي للصدمة PTSD في المجموعة المقارنة (Turpin, 2005 & Scholes, et al 2007). من جهة أخرى الدراسة أظهرت وجود طلب عالي جدا للمعلومات بعد مثل هذه الصدمات وأنّه من غير الواقعي ولا الأخلاقي أن يقترح الباحثون بأنّ على الأطباء السريريين أن يحجبوا هذه المعلومات عن الناس المتعرضين للصدمة. لكن الباحثين إقترحوا بأن تكون هناك أشكال أخرى من المعلومات التي تركّز على المرونة قد تفيد المتعرضين للصدمة.

الإستعمال المبكّرة للعلاج السلوك المعرفي (CBT) في اضطرابات الصدمة المبكّرة مثل التفاعل للكرب الحاد (acute stress disorder) كان قد إقترح من قبل بعض الباحثين للمساعدة في منع التطوير اللاحق للاضطراب الكربي التالي للصدمة PTSD. في دراسة لهذا العلاج السلوكي المعرفي CBT المركّز على صدمة على مرضى التفاعل للكرب الحاد و الاضطراب الكربي التالي للصدمة الحادّ. تضمّنت هذه الدراسة إعطاء كل فرد 4−16 جلسات (4 - 17 ساعات) من التعليم، الإسترخاء التعرّض ألتخيلي إعادة الهيكلة المعرفية والتعرّض الحي (in vivo exposure). لقد فُحصت الأعراض المرضية بعد إسبوع واحد (وقت1) وبعد 20 أسبوع (وقت2) من بداية التدخّل. لقد أظهرت النتائج بأنّ العلاج السلوكي المعرفي CBT المركّز على صدمة كان أكثر فعّالية في المرضى الذين دخلوا الدراسة خلال الشهر الأول بعد الصدمة من المرضى الذين دخلوا الدراسة بعد شهر إلى ثلاثة أشهر من الصدمة. كذلك أيضا فإن العلاج كان أكثر فعّالية في المرضى المصابين باضطراب الكآبة المشترك مع الاضطرابات التالية للصدمة (co-morbid depressive disorder). (Sijbrandij et al., 2006 & Olff, M. 2012).

بنفس الطريقة فأن هناك دراسات حديثة أجريت في أمستردام في هولندا أثبتت فاعلية أستخدام إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين EMDR المبكر بعد الرضح والصدمات يؤدي إلى الوقاية من حدوث الاضطرابات النفسية التالية الرضخ (Olff, 2012).

المعالجـــة الدوائيـــــة المبكـــــرة

كما هو عرضنا سابقا، فإن تقييم الأفراد المعرفي للصدمة مهم في تقرير إمكانية الإصابة بالاضطرابات النفسية لما بعد الصدمة. ويبدو إن درجة "أهمية الحدث للفرد هو الذي قد يسبب التأثير لهذا الحدث والطريقة التي يتذكّرها بها. نميل إلى تذكر الأحداث الهامّة بدلا من أحداث البسيطة، ويبدو أن لهذه الظاهرة وظيفة بقاء تطوّرية (التمساح والماء يحدّدان مصدر مثالا) (Pitman &Delahanty, 2007:P373).

إنّ أهمية الأحداث يحدّده ليس العوامل النفسية لكن أيضا بالعوامل الحيوية. الإثارة العاطفية التي ترتبط بالأحداث الهامّة يبدو بأنه يفّعل من خلال ممر هورموني عصبي. هورمون الإجهاد ' adrinaline أو epinephrine ' الذي يسبّب ردّ فعل الهروب أو القتال ومستوياته في الدمّ يقوّي أهمية الذاكرة أيضا والتكيّف إليها (McGaugh، 1990). لقد ثبت بإن إعطاء هورمون الإجهاد أو الهورمونات الأخرى التي تحفّز إطلاقه بعد فترة قليلة من التعلّم في التجارب على الحيوانات التجريبية تؤدّي إلى ردّ فعل شرطي أقوى. هذا قد أدى إلى تبني النظرية بأن الدواء الذي يمنع هورمون الإجهاد أو تأثيراته سيساعدان على تقليل الردّ الشرطي (McGaugh، 2003 : P 123-125). الاضطراب الكربي التالي للصدمة

(PTSD) كان منذ فترة طويلة يفهم على إنه شكل من أشكال ردّ الفعل الشرطي الذي يؤدّي إلى إطلاق المزيد من هورمون الإجهاد الذي يؤدي بدوره، في زيادة تأثير الذاكرة المؤلمة على شكل حلقة مفرغة (Pitman & Delahanty، 2007 : P 374).

أدّت الإفتراضات المذكورة أعلاه إلى نظرية تقترح بإن إعطاء مواد وعقاقير مضادة لهرمون الإجهاد فورا بعد الصدمة أو الحدث المؤلم قد يساعد على منع تطوير الاضطراب النفسية التالية للصدمة. لقد أظهرت دراسة مقارنة تضمّنت معالجة 41 مريض من قسم الطوارئ فورا بعد حادث. المرضى وزعوا عشوائيا بين المعالجة النشيطة لمدة 10 أيام بعقار البروبرانولول بشكل أقراص في جرعة 40 مليغرام أربع مرات يوما تلتها a أيام جرى إستدقاق الدواء تدريجيا. المجموعة القياسية أعطت حبوب العلاج المموّه (Placebo) بالطّريقة نفسها أعلاه. أن مقياس أعراض الاضطراب الكربي التالي للصدمة في أولئك الذين أكملوا المعالجة بالبروبرانولول كانت أوطأ و بشكل مهم أحصائيا وكذلك كانت نسبة حدوث الاضطراب الكربي التالي للصدمة بعد ثلاثة أشهر من الصدمة مقارنة مع مجموعة العلاج المموّه (A .(Pitman, et al, 2002

دراسة مماثلة أجريت في فرنسا أستعملت تصميما مماثلا عدا أن البروبرانولول كان بجرعة 30 مليغرام وقد أظهرت الدراسة كذلك بأن أعراض الاضطراب الكربي التالي للصدمة كان أقل بدرجة مهمة إحصائيا في المجموعة المعالجة (Vaiva, et al, 2003).

على نقيض من النظرية المذكورة أعلاه، فلقد وجد في بعض الدراسات ابأن مستوى الكورتيزول في دم الذين يصابون بالاضطراب الكربي التالي للصدمة أوطأ عند حدوث الصدمة. هذا أدى إلى دراسات تقوم بإعطاء حقن الكورتيزول وريديا للمرضى الراقدون في المستشفى على أثر إصابتهم بالصدمة النتنة وقورنوا بمرضى أعطوا معالجة الصدمة النتنة العادية. أولئك الذين أعطوا معالجة الكورتيزول أصيبوا بدرجة أقل ومهمة إحصائيا بالاضطراب الكربي التالي للصدمة من مجموعة المقارنة. هذه المعالجة محدّدة بشكل واضح بحقيقة إنّها يجب أن تعطى بالحقن الوريدية وفي الراقدين في ردهات المستشفى لطيلة فترة العلاج. هناك دراسات لعقاقير لآخرى مثل الأدوية المضادة للاكتئاب إعادة منفذ مانعين ال ووكيل إنتقائي وكذلك الأدوية المضادة للصرع مثل mifepristone (Pitman &Delahanty, 2007:P380-381).

الخلاصة أنه بعد حدوث حدث مؤلم للمجتمع في أية حال، يجب عدم إستخدام استخلاص المعلومات (Debrieving) بصورة روتينية ويجب الإنتظار اليقظ لظهور أعراض أمراض الصدمة ويمكن إستخدام العلاج لسلوك المعرفي المركّز على الصدمة. في حالة ظهور أعراض التفاعل للكرب الحاد أو الاضطراب الكربي التالي للصدمة الحاد يجب إستعمال و إستعمال لعلاج لسلوك

المعرفي المركّز على الصدمة أو إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين وهذه العلاج يجب أن يكونوا صدمة ركّزت. لا تستعمل المعالجة الإستشارية (counseling)، الإسترخاء الخ وهناك دليل محدود عن فعالية الأدوية مثل البروبرانولول (propranolol).

الفصل الثالث: أنتشار و تشخيص الاضطراب الكربي التالي للصدمة PTSD

إنّ الأعراض الأكثر شيوعا من للاضطراب هي كالتّالي:

1. أعراض إعادة اجترار الصدمة (أو الرضح) من خلال ذكريات اقتحامية مواجهة: هذه تلقائيا إعادة تذكر ومعايشة سمات الحدث المؤلم في طريقة واضحة ومحزنة بضمن ذلك إرتجاع، كوابيس. النوابض في البيئة الحالية التي تذكّر المريض بالحدث المؤلم والتي يمكن أن تسبّب ضيق حادّ وردود أفعال فسلجية.

2. تجنّب ما يسبب التذكير بالصدمة: هذا يتضمّن تجنّب كلّ الناس، والحالات أو الظروف التي تشابه أو ترتبط بالصدمة.

3. الإثارة العاطفية الشديدة: هذا يتضمّن الحساسية الزائدة أو فرط اليقظة و القلق و ردود الجفول المبالغ فيها. القلق قد يسبّب قلة التركيز أثناء اليوم وينام اضطرابا في الليل.

4. التنمل أو التبلد العاطفي: هذا يتضمّن عدم التمكن من إمتلاك المشاعر والإنفصال من الواقع الذي قد يسبّب إنسحاب عن الناس وعزلة إجتماعية.

5. الأعراض الأخرى مثل الكآبة والقلق ومشاعر الخزي والذنب للبقاء على قيد الحياة، خسارة القدرة على التمتّع بالأشياء بضمن ذلك الممارسة الجنسية الذي يجعل الحالة أسوأ.

جدول –2 الأعراض الرئيسية للاضطراب الكربي التالي للصدمة (PTSD) هي:

1. أعراض إعادة اجترار الصدمة (أو الرضح).
2. تجنّب ما يسبب التذكير بالصدمة.
3. الإثارة العاطفية الشديدة.
4. التنمل أو التبلد العاطفي.
5. الأعراض الأخرى مثل الكآبة والقلق ومشاعر الذنب.

أغلبية الحالات تبدأ باستشعار الأعراض أثناء الشهر الأول بعد الصدمة أو الحدث. في نسبة من الحالات (15 %) فإن هذا قد يستغرق شهورا أو سنوات قبل بداية الأعراض. تظهر أغلبية الحالات بعض التحسّن في الأعراض ضمن السنة الأولى من المرض (أنظر Breslau et al, 1991; Kessler et 1995). على أية حال، تقريبا ثلث الحالات تواصل مواجهة الأعراض وقد تقع في المشاكل الإضافية نتيجة إساءة استعمال أو إدمان المواد المخدرة (أنظر Kessler et al, 1995). هذه الاختلافات في المسار والنتيجة يشيران إلى أهمية التشخيص المبكر والإدارة الصحيحة للمرض.

الانتشار والحادثة للاضطراب الكربي التالي للصدمة (Prevalence and incidence)

البيانات الوبائية من الدراسات الكبيرة في الولايات المتحدة الأمريكية خمّنت إنتشار الاضطراب (PTSD) خلال العمر في حوالي 7.8 % (نساء 10.4 %، رجال 5.0 %) (Kessler et al, 1995) ونفس الدراسة أظهرت إن خطر الإصابة بالاضطراب PTSD بعد حدث صدمي هو 8.1 % للرجال و20.4 % للنساء.

النتائج الأخرى من الدراسات الوبائية للاضطراب PTSD يمكن أن تلخّص كالتّالي (NICE, 2005, P7):

_ أكثر الناس سيواجهون على الأقل حدث مؤلم واحد في عمرهم (Kessler et al, 1995).

_ أعمال العنف المتعمّدة (صناعة الإنسان) ضدّ الناس من خلال العنف السياسي أو الإجرامي أو عدوان الحرب على الأرجح تسبّب الاضطراب PTSD أكثر من الحوادث أو الكوارث الطبيعية (Kessler et al, 1995; Stein et al, 1997;Creamer et al, 2001)

_الرجال إحصائيا أكثر تعرّضا للأحداث الصدمية من النساء (Kessler et al, 1995; Stein et al, 1997).

_ النساء أكثر استعدادا من الرجال للإصابة بالاضطراب PTSD كنتيجة لنفس الحدث الصدمي ؛ يبقى هذا الاستعداد متزايدا حتى إذا سيطرنا إحصائيا لنوع الحدث الصدمي (Kessler et al, 1995).

_ يبدو إن الاغتصاب يرتبط بالخطر الأعلى للإصابة بالاضطراب PTSD كما أظهرت النسب المدرجة في عدّة دراسات. في دراسة واحدة، 65 % من الرجال و46 % من النساء أظهروا معايير تشخيص الاضطراب PTSD بعد أن اغتصبوا (Kessler et al, 1995).

_ أحداث صدمية أخرى ترتبط بالخطر العالي لنسب الإصابة بالاضطراب PTSD مثل حالات الحرب والإهمال وسوء التعامل النفسي والجسدي والجنسي

في الطفولة ، المعاكسة الجنسية (للنساء) والإصابات الجسمية بالهجوم والتهدّيد بالسلاح و الاختطاف و الاحتجاز كرهينة.

_ الأحداث التي تظهر خطر أوطأ للإصابة بالاضطراب PTSD مثل الحوادث، مشاهدة موت أو جرح الآخرين، والنار أو الكوارث الطبيعية (Kessler et al, 1995).

_ بحث آخر أظهر نسبة إصابة عالية بالاضطراب PTSD في ضحايا التعذيب، والباقون على قيد الحياة من ضحايا وأسرى الحرب.

المسح للاضطراب الكربي التالي للصدمة (PTSD)

هناك عدد من الاستفسارات و المقابلات السريرية عالية الصدق والمعولية لتشخيص الاضطراب الكربي التالي للصدمة تتضمّن مثلا المقابلة السريرية المنظّمة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الإصدار الرابع (SCID; First et al, 1995) أيضا مقياس PTSD المدار من قبل طبيب سريري (CAPS; Blake et al, 1995) ومقياس أعراض اضطراب الكربي التالي للصدمة PTSD – نسخة المقابلة (PSS-I; Foa et al, 1993) كل هذه المقاييس والمقابلات مستندة على دليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الإصدار الرابع الأمريكي DSM لتعريف أعراض الاضطراب.

وهناك عدد من المقاييس تستعمل لتستكمل ذاتيا من قبل المرضى وهي مفيدة أيضا في التقييم ولأغراض البحث العلمي وهذه تتضمن:

_ تأثير مقياس الحدث –الأصلي والمراجع (Impact of Event Scale)؛ (IES-R; Weiss & Marmar, 1997)

_ مقياس ما بعد للصدمة التشخيصي (PDS; Foa et al, 1997)

_ مقياس الصدمة لديفيدسن (Davidson et al, 1997)

_ قائمة تدقيق الاضطراب الكربي التالي للصدمة (Weathers & Ford, 1996).

التشخيص التفريقي الاضطراب الكربي التالي للصدمة :

الاضطراب الكربي التالي للصدمة قد يعرض للطبيب بالنمط غير النموذجي. المرضى قد يظهروا الكآبة والقلق العامّ، خوف ترك بيتهم، شكاوى جسدية، طيش، عدم قابلية للعمل أو النوم. المرضى قد لا يربطوا مشاكلهم بالحدث الصدمة خصوصا إذا مانقضى وقت طويل منذ ذلك الحدث. المرضى المسنون بصورة خاصة يميليون إلى إظهار الشكاوى الجسدية والفيزيائية أكثر من الأعراض النفسية (Comijs et al, 1999) (Gray & Acierno, 2002).

لقد أوصى المعهد الوطني للبراعة السريرية (NICE) في بريطانيا بأنّ للمرضى بالأعراض الجسمية الغير مفسرة التي يتكرّر عرضها على الأطباء العموميون (GPs)، فأن هؤلاء الأطباء يجب أن يبادروا إلى سؤال المريض فيما إذا كان قد واجه أي حدث صدمي مؤلم، ويزوّدون بسؤالهم عن أمثلة معيّنة من الأحداث الصدمية (على سبيل المثال، إعتداءات، إغتصاب، حوادث حركة النقل، إعتداء طفولة جنسي أو ولادة مؤلمة) ' (NICE, 2005, P10).

ومن أهم ما يجب تذكرة في التشخيص التفريقي الاضطراب الكربي التالي للصدمة هي الأمراض التالية:

1. . تتغيّر الشخصية الدائميّة بعد التجربة الهائلة

يتطلّب الإصدار العاشر التصنيف العالمي للأمراض ICD-10 من الطبيب السريري إلى أن يفرق بين هذا الاضطراب (F 62.0) و الاضطراب الكربي التالي للصدمة. و يحدث الاضطراب للباقين على قيد الحياة بعد صدمة أو حدث أو بعد مواجهة عدد من التجارب المؤلمة الأخرى على طول وقت حياتهم أو تحمّلوا تجارب صدمية مستديمة مثل إعتداء الطفولة الجنسي أو أن يكون السجين السياسي تحت التعذيب المستمر. لقد أُقترح بأنّ هؤلاء الناس قد يقعون في مشاكل أخرى بالإضافة إلى الاضطراب الكربي التالي للصدمة، مثل الإكتآب، إنخفاض إحترام الذات، سلوك أيذاء النفس أو السلوك الإنتحاري ، الطيش، أو الجسمنة (ظهور الأعراض النفسية على شكل شكاوي بدنية).

هناك إختلاف في إذا ماكانت هذه المشكلة تشكّل تشخيصا منفصلا. هيرمان (1993) وباحثين آخرين أقترحوا تشخيص ‘الاضطراب الكربي التالي للصدمة المعقّد (Complex PTSD)’ أو 'الاضطرابات الكربي المتطرّف غير المعين’ لوصف مثل هذه الحالات التي ترتبط بالصدمة والصدمة المتكرّرة والمطوّلة. غير إن بعض الباحثين اقترحوا بأنّ هذه الخصائص ليست ميزّة فريدة للباقون على قيد الحياة بعد إعتداء الطفولة الجنسي أو الصدمات المطوّلة الأخرى، لكن جزء من طيف مستمر ينطبق على تغيير الدرجة والشدة في الاضطراب الكربي التالي للصدمة نفسه. على أية حال هناك أيضا الإقتراح 'بأنّ تتغيّر الشخصية الدائمي بعد التجربة ألهائلة يمكن أن تكون نتيجة بعيدة المدى للاضطراب الكربي التالي للصدمة المزمن والذي يتلوا تجارب مثل التعذيب أو ألاحتجاز والسجن لمدة طويلة كرهينة (Herman, 1993).

معايير الإصدار العاشر التصنيف العالمي للأمراض ICD-10 التشخيصية ل"تتغيّر الشخصية الدائمي بعد التجربة الهائلة" هي:

A تغيير مؤكّد ودائم في نمط الفرد المعرفي، بما يتعلّق بالتفكير بشأن البيئة والنفس بعد التعرّض إلى الكرب المتطرّف.

(B) على الأقل إثنان من التالي:

(1) موقف معادي أو مرتاب دائم نحو العالم.

(2) انسحاب اجتماعي.

(3) شعور ثابت بالفراغ أو اليأس.

(4) شعور دائمي من الوجود على الحافة في حالة نفسية قلقة أو أن يشعر بالتهدّيد بدون وجود سبب حقيقي خارجي.

(5) شعور دائم بوجود تغيّر في الشخصية أو أن يشعر بكونه مختلف عن الآخرين.

(C) يسبّب تغيير الشخصية تحديد وتعقيد هامّ بالوظيفة الشخصية أو الاجتماعية للفرد أو ضيق هامّ.

(D) تغيير الشخصية الذي حصل بعد حدث هائل والشخص لم يكن عنده اضطراب شخصية قبل الحدث الذي يفسر الأعراض الحالية.

(E) تغيير الشخصية لا بدّ وأن يكون موجود لمدة سنتين على الأقل، ولم يكن مرتبط بأية أعراض لأيّ اضطراب عقلي آخر (ما عدا الاضطراب الكربي التالي للصدمة PTSD) أو أي ضرر أو مرض عضوي دماغي.

2. الاضطراب الذهولي التفارقي (Dissociative Disorders):

و هذا يعرّف بأنه "خسارة جزئية أو كاملة للتكامل الطبيعي بين ذكريات الماضي، وبين وعي الهوية والأحاسيس الحالية، والقدرة والسيطرة على الحركات الجسمانية". يميّز ICD-10 النسيان الذهولي التفارقي، فقدان ذاكرة ذهولي تفارقي، اضطرابات ذهولية تفارقية في الحركة والإحساس، والاضطرابات الذهولية التفارقية الأخرى وبضمن ذلك اضطراب الشخصية المتعدّدة. هذه الاضطرابات يفترض بأنها تكون نفسية المنشأ في الأصل، وبأنّها مرتبطة إرتباط مباشر بالأحداث الصدمية والنزاع النفسي الذي قد ينتج من المشاكل في الشخصية و العلاقات المضطربة. لهذا فأن هناك علاقة وثيقة ومتصاعدة الأهمية في بحوث الصدمة بين الاضطراب الذهولي التفارقي و الاضطراب الكربي التالي للصدمة .

3. اضطرابات التأقلم (Adjustment Disorders)

هذه الاضطرابات ترتبط بالضيق الشخصي والاضطراب العاطفي الذان يظهران في فترة التكيّف للتغييرات الحياتية الهامّة أو حدث حياتي كربي. إنّ سبب هذه الاضطرابات هو الكرب الناتج إما عن الخسارة الشخصية (ومثال على ذلك: – وفاة عزيز أو إفتراق) أو خسارة النظام والقيم الداعمة إجتماعيا (ومثال على

ذلك: الهجرة)، أو خسارة الدور الاجتماعي (ومثال على ذلك: – فقدان العمل أو التقاعد). علامة هذه الاضطرابات يمكن أن تتفاوت من المزاج المكتئب أو القلق و التفكير إلى شعور بعدم القابلية على التحمّل أو التخطيط للمستقبل أو أن الأستمرارية في الوضع الراهن، بالإضافة إلى بعض درجات العجز في أداء الأفعال اليومية.

الفصـل الرابـع: معالجــة الاضطــراب الكربــي التالــي للصدمـــــة

إن مرضى الاضطراب الكربي التالي للصدمة قد يراجعوا خدمات الصحة المختلفة (غير النفسية) والخدمات الإجتماعية و المنظمات الغير حكومية وكذلك الزعماء الدينيين والمعالجين التقليديين. وكذلك فإنهم قد يراجعون الطبيب العمومي (GP) أو الأطباء النفسانيين في الخدمات الصحية العقلية. وفي كلّ هذه الحالات، المشكلة الرئيسية في تأخر التشخيص والعلاج المناسب هو قلة المهارات في التشخيص والعلاج لمرضي الاضطرابات التالية للصدمة حتى في الدول المتقدمة.

لذلك اقترح المعهد الوطني للبراعة السريرية في المملكة المتحدة تعليمات (NICE guidelines) للخدمات المختلفة التي تعالج مرضى هذه الاضطرابات بأنهم يجب أن يعالجوا أولا في أماكن العناية الأساسية (الأطباء العموميين)، حيث كان ذلك ممكنا. وقد طور المعهد ممر وطني للعناية بهؤلاء المرضى والذي يتضمّن عناية مباشرة، أساسها الدليل العلمي من قبل الخدمات الصحية إلى المجتمع. البدء من مكان العناية الأساسي بواسطة التعليمات التشخيصية والعلاجية والتدريب عليها مع وجود دعم من قبل الخدمات النفسية والنفسية الاختصاصية للحالات الشديدة والمقاومة للعلاج والأكثر تعقيدا من هذه الاضطرابات (NICE, 2005). لقد حدد المعهد إن من المهم في المعالجة الطبية للحوادث الرئيسية والكوارث الطبيعية بأن يتذكّر أطباء الطوارئ والأطباء العموميون إمكانية إصابة الضحايا بالاضطراب الكربي التالي للصدمة. وهذا يجب أن يكون جزء من التقييم المستمر ومعالجة ومتابعة ضحايا أية أحداث صدمية جسميا ونفسيا. هذا يصدق بصورة خاصة عندما يعرض المرضى أنفسهم للأطباء مرارا وتكرارا بعد الصدمة بأعراض مبهمة وغير مفسرة. ومن الضروري بمكان تذكر وإعتبار الاضطراب الكربي التالي للصدمة في التشخيص التفاضلي لأيّة حالة لا تستجيب للعلاج النفسي والدوائي في أمراض مثل الكآبة التي كثيرا ما تكون مرتبطة بالاضطراب الكربي التالي للصدمة[1] في مثل هذه الحالات.

إستراتيجيات معالجة الاضطراب الكربي التالي للصدمة (NICE, 2005, P 18) تتلخص بالتالي:

1. الإنتظار اليقظ: لكون الاضطراب الكربي التالي للصدمة يحدث كنتيجة متأخرة نسبيا في نسبة من المرضى الذين قد يراجعوا الطبيب بأعراض الاضطرابات الأخرى التالية للصدمة والتي قد لا تحتاج للعلاج إذا ما كانت الأعراض لا تؤثر بطريقة مهمة على الفعاليات الحياتية والوظيفية للفرد. فعلى الطبيب العمومي المتابعة اليقظة للأعراض للتأكد من عدم تحولها إلى أعراض أكثر شدة أو إلى الاضطراب الكربي التالي للصدمة.

2. العلاج الفوري: في حالة وجود أعراض تؤثر على قابلية وفعالية الفرد الحياتية أو الوظيفية أو ظهور أعراض الاضطراب الكربي التالي للصدمة فعلى الطبيب عرض أمكانية أستخدام العلاج النفسي كخط علاج أول أو العلاج الدوائي في حالة عدم توفر أو تأخر توفر العلاج النفسي.

3. العلاج المزمن للاضطراب: في حالة التثبت من تشخيص الاضطراب الكربي التالي للصدمة والاضطرابات المشتركة الأخرى فعلى الطبيب استعمال العلاجات المتوفرة من العلاج النفسي إلى العلاج الدوائي وكذلك العلاج الاجتماعي لتقليل الآثار الاجتماعية لتعويق الذي يسببه المرض لفعاليات المريض الحياتية والاجتماعية والوظيفية.

العلاج النفسي: وتشمل العلاجات النفسية المستعملة في علاج الاضطراب الكربي التالي للصدمة العلاجات التالية:

1. العلاج المعرفي السلوكي (CBT): هذا العلاج يستند على النموذج النفسي الذي وصف أصلا من قبل أرون بيك والذي يستند على العلاقة بين الأفكار والعواطف والسلوك. يستهدف تغيير عواطف المريض المحزنة بتغيير أفكارهم، إعتقاداتهم و/ أو سلوكهم. العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة (trauma-focused CBT) المستعمل في مرضى هذا الاضطراب يركّز على إدارة الكرب وإستراتيجيات المستعملة مثل إعادة تدريب التنفس أو التدريب على الإسترخاء لجعل التعرّض إلى ذاكرة الصدمة و رسائل التذكير محتملة أكثر.

2. إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR) طوّرا من قبل شابيرو في 1989. إنّ النموذج النظري للعلاج مستند على فرضية وجود اجترار لذكريات، عواطف وأحاسيس عاطلة يعانيها مرضى الاضطراب بشكل رئيسي بسبب الخزن الغير ملائم للحدث المؤلم في ذاكرة المريض الضمنية. التحفيز الثنائي (بضمن ذلك حركات العين) تساعد في معالجة هذه الذكريات بإنتقالهم من الذاكرة الضمنية إلى الذاكرة الواضحة بما يجعلها ذاكرة طبيعية يمكن التعلم منها. هذا العلاج يبدو وبالدراسات العديدة التي أجريت عليه يعمل على المساعدة في معالجة الاضطراب و أفكار والأحاسيس الذيان يرتبطان بهذه ذاكرة العاطلة. وسنشرح هذا العلاج بالتفصيل في الباب الثاني للكتاب.

3. العلاجات الأخرى: هذه تتضمن العلاجات الأخرى المساعدة مثل العلاج التحليلي و علاج التنويم المغناطيسي.

المعالجة العقاقيرية : إقترح المعهد الوطني للبراعة السريرية (NICE) بأنّ المعالجة الدوائية تكون فعّالة في معالجة العناصر الرئيسية الثلاثة لأعراض الاضطراب (الذكريات الاقتحامية ، التجنّب وفرط اليقظة) (P 66). وهذه المعالجة مهمة خصوصا في حالة قلة وتأخير توفر العلاج النفسي بأنواعه المختلفة. طبقا للمعهد فإن اثنان من مضادات الاكتئاب مجازين حاليا في المملكة المتّحدة لمعالجة الاضطراب، و هذه هي الباروكستين (paroxetine) بجرعة 20-50 مليغرام و السرتريلين (sertraline) بجرعة 100-200 مليغرام.

في الولايات المتحدة الأمريكية، ميلمان (2003) طبق مسح للمعالجة الدوائية للاضطراب في عيّنة من المجتمع من مراجعي عيادة الصحة العقلية مصابين بالاضطراب الكربي التالي للصدمة. أولئك المرضى الذين شخصوا بهذا الاضطراب لوحده فإن 77 % منهم وصفوا دواء، مقارنة مع 89 % من أولئك الذين شخصوا بالاضطراب المرتبط مع مرض الكآبة. هؤلاء المرضى كانوا بشكل كبير يستعملون أدوية مضادات الاكتئاب، لكن 17 % كانت تأخذ مضادات الذهان الحديثة (الجيل الثاني) و41 % كانت تأخذ البينزودايزبين benzodiazepines ومهدئات أخرى ذات علاقة.

تقترح تعليمات المعهد البريطاني بأنّ العلاج النفسي المركّز على الصدمة المذكور أعلاه يجب أن يكون معالجة السطر الأول لهذا الاضطراب. أما المعالجة الدوائية بإستعمال البروكستين paroxetine أو الميرتازبين mirtazapine الممكن وصفها من قبل الطبيب العامّ، وأمتربتلين amitriptyline أو فينالزين phenelzine التي يجب أن توصف من قبل الأطباء الاختصاصيين في الطب النفسي فقط. يجب أن يؤخذ العلاج الدوائي بنظر الإعتبار لمعالجة هذا الاضطراب في البالغين عندما يظهر المريض تفضيلا لذلك أو إنهم لا يرغبون في المعالجة النفسية المركّزة للصدمة. المعالجة الدوائية يجب أن تؤخذ أولا بنظر الإعتبار في الحالات التالية أيضا:

1. عندما لا يستطيع المرضى البدء بالعلاج النفسي بسبب التهديد المستمر الجدّي من صدمات أخرى في حالات الحرب، النزاع الإجتماعي أوالعنف الأسري.

2. من المهم أيضا أخذ المعالجة الدوائية لمرضى الاضطراب إعتبار عندما يكون المرضى قد حصلوا على معالجة نفسية مركزة على الصدمة ولكنهم لم يستفيدوا أو لم يستجيبوا بالكامل لهذه المعالجة.

3. مضادات الاكتئاب كالباروكستين و ميرتازبين لاستعمال الطبيب العامّ وأميتربتيلين و فينيليزين توصف فقط من قبل طبيب اختصاصيي في الصحة

النفسية) يجب أن تؤخذ الأدوية بنظر الإعتبار لكي تضاف إلى المعالجة النفسية في البالغين عندما تكون هناك كآبة ملازمة للاضطراب أو أن يكون فرط اليقظة (hyperarousal) حادّ إلى درجة تخقّض أو تمنع المرضى من الإستفادة من المعالجة النفسية.

4. المنوّمات يمكن أن تستعمل على قاعدة المدى القصير فقط عندما يكون اضطراب النوم مشكلة رئيسية للمريض. إذا كان إستعمالها لمدى بعيد مطلوب أستعمل كبديل مضادات الكآبة المنومة لتفادي التعود.

5. جرعة الدواء يمكن أن تزاد إلى المستوى المصدّق عليه صيدليا إذا لم يستجب المريض للجرعة البادئة. المرضى الذين يستجيبون لمضادات الاكتئاب يجب أن يبقوا على أستعماله لسنة واحدة على الأقل.

6. المعلومات الكافية يجب أن تعطي للمرضى من حيث التأثيرات والمضاعفات الجانبية، خطر التوقف / أعراض الإنسحاب (في مضادات الإكتئاب وخصوصا مع paroxetine). الأفكار الشائعة بفيما يتعلق بأخذ الدواء يحتاج لمخاطبة ومناقشة مثل خطر الإعتماد ومفهوم مثل إن أخذ الدواء يعني ضعفا.

7. مضادات الإكتئاب يمكن أن تزيد من خطر انتحار مرضى الاضطراب البالغون الذين أعمارهم هي ما بين 18-29 سنة بصورة خاصة لذلك ففي المرحلة الأولية للمعالجة يجب أن نحذّر بما فيه الكفاية المرضى وعوائلهم يجب أن نظمن متابعة دورية منتظمة لهم.

إستراتيجيــــــات المعالجـــــــة الأخـــــــرى

التحفيز المغناطيسي عبر الجمجمة التكراري (rTMS) هو معالجة نفسية جديدة نسبيا التي جربت على هذا الاضطراب PTSD. تتضمّن هذه المعالجة وضع حقل مغناطيسي كهربائي على فروة الرأس وبسرعة يثيره ومن خلالها تيار كثافة عالي عبر حلزون يوضوع على فروة الرأس. وقد أظهرت التجارب لأولية نتائج واعدة خصوصا للعلاج بالتذبذب العالي rTMS لكن بحوث أخرى مستمرة مطلوبة لتقرير مكان هذه المعالجة في علاج هذا الاضطراب.

اضطرابـــــات الصدمــــة المعقــــــدة (Complex Trauma)

وهذا هو موضوع بحوث حديثة للطبيب النفسي الهولندي المقيم في الولايات المتحدة باسل فان دير كولك الذي وضح محدودية تشخيص الاضطراب الكربي التالي للصدمة في حالات التعرض المزمن للصدمات وخصوصا تلك التي تبدأ في مرحلة مبكرة من العمر. فإن الاضطرابات الناتجة عن مثل هذه الصدمات الغير معالجة تكون ذات تأثير أكثر سعة و عمقا من تلك المتعارف عليها مع الاضطراب الكربي التالي للصدمة. أنها تودي بالشخص المصاب إلى مشاعر

مزمنة من عدم التمكن من السيطرة على مشاعرهم وسلوكهم وإحتقار الذات والتقييم السلبي للنفس وعدم التمكن من إقامة علاقات صحية متوازنة مع الآخرين. لقد لخص فان دير كولك هذه تأثيرات الصدمات الشخصية المطوّلة، خصوصا إذا ما بدأ مبكرا في دورة الحياة، يسبب مشاكل في van der Kolk, (2005):

أ- أمكانية السيطرة على المشاعر والإندفاع،

ب- الذاكرة ودرجة الإنتباه،

ت- إمكانية فهم الذات،

ث- العلاقات الإجتماعية،

ج- المشاكل والمشاعر الجسدية،

ح- أنظمة المعاني.

الأفراد المعرضون لمثل هذه الصدمات المزمنة يكونون معرضين لأن يتفاعلوا مع المعلومات الحسّية بشكل تحت قشرة الدماغ (subcortically) لذلك تكون ردود أفعالهم تكون غير ذات علاقة بما هو مطلوب، أو ضارّة في أغلب الأحيان. إن الصدمة تنشّط منطقة الإنذار في الدماغ وهي التركيب اللوزي (amygdale) التي تدعم العواطف الحادّة (القتال أو الهروب)، بينما ينقص نشاط العقلي المرتبط بالنظام العصبي المركزي (CNS) من خلال قرن أمون (hippocampus) الذي يتعطل في حالات الصدمات المعقدة والمزمنة.

لذلك فأن من الضروري بمكان العمل على معالجة الصدمة وتوفير العلاجات المستندة على الدليل العلمي مثل علاج إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR) لتأمين الوقاية من أمراض الصدمة المزمنة التي قد تعرض الناس وخصوصا الأجيال القادمة من أن تكون قادرة على التفكير والسلوك بطريقة سليمة تمكنها من بناء الأوطان الديمقراطية الواعدة التي هي حلم الربيع العربي.

أن علاج إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين قد أثبتت الدراسات العلمية نجاعته في معالجة أمراض الصدمة بحيث أصبح العلاج المستعمل بصورة رئيسية في جيوش العالم المتقدم. أن التدريب على هذا العلاج وأستعماله أسهل بكثير من العلاج المعرفي السلوكي (CBT) بما يجعل هذا العلاج مثاليا للإستعمال في خدمات الصحة النفسية في الوطن العربي.

[1]. في هذا الفصل سيطلق أسم "الاضطراب" اختصارا للاضطراب الكربي التالي للصدمة.

البـــــــــاب الثانـــــــــــــي

الفصل الخامس: إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR)

طور إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR) مِن قِبل عالمة النفس الأمريكية، فرانسين شابيرو في نهاية الثمانيات وبداية التسعينيات من القرن الماضي لمُعالجة آثار الصدمةِ النفسية. إن هذا العلاج هو أحد أكثر العلاجِات بحثا ودراسة و قد وجد بأنه فعّالَ جداً في مُعَالَجَة الاضطراب الكربي التالي للصدمة ويُخفّفُ الألمَ العاطفيَ المرَتبطَ بأحداث حياتية صادمة ماضيةِ.

لقد كانت قصة اكتشاف هذا العلاج الفعال قصة عبقرية مشابهة لقصة اكتشاف العالم الإغريقي فيثاغورس لنظريته عندما قال "وجدتها" بينما كان يغتسل في الحمام. ففي 1987، لاحظَت شابيرو أثناء مشيها في متنزه السنترال بارك في نيويورك، بأن تحرّيكُ عيونَها خلال مشيها في المتنزه يمينا ويسارا تَبْدو وقد أنقصت المشاعر السلبية العاطفيةُ المرتبطة بأزمة محزنةِ خاصةِ كانت تمر بها حينذاك. لقد أدى ذلك إلى افتراضها بأن حركات العينِ تؤدي وظيفة و تأثير "إبطال التحسس". ولقد عملت شبيرو فيما بعد على تجربة هذا العلاج على زملائها في قسم الطب النفسي التي تشتغل به واكتشفت بأنّ الآخرين كَانَ عندهم نفس ردة الفعل العلاجية لحركاتِ العين في تجربتها الأولى. ثم عملت بعد ذلك على إجراء تجاربِ على أكثر من 70 شخص، نَشرت شابيرو نتائج هذه الدراسة في أول ورقة حول هذا العلاج بعد سنتين من البحث (Shapiro, 1989). قامت شابيرو فيما بعد بإضافة مكوّن إدراكي وطورت إجراء قياسي لعلاج ال (EMD) لخَلَق تأثير علاجّي شامل.



صورة 3 عالمة النفس الأمريكية، فرانسين شابيرو.

وبناء على بحوثها المتعددة طوّرَت شابيرو نظرية معالجة البيانات التكيفية (Adaptive Information Processing) لتفسير وتوقعْ التأثيراتَ العلاجيةِ التي تترافق مع أستعمال إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR) بما يصِفْ تضمين شخصيةِ المريض، والمشاكل النفسية والاضطرابات العقلية الأخرى. النظرية تقوم على إن للبشر نظامُ تشغيلِ بيانات مؤسّسٍ بشكل فسلجي (ومثال على ذلك: – في الهضم: يَنتزِعُ الجسمُ المواد المغذّية الضرورية للصحة والبقاءِ ثم يتخلص من المواد غير القابلة للهضم). أن الدماغ حسب هذه النظرية يُعالجُ عناصر متعدّدة مِنْ تجاربنا ويخْزن الذكريات في شكلِ مفيدِ و سهل الوصولِ اليه. ولكن وفي الصدمات عالية الكرب يضطرب نظام الدماغ في معالجة وخزن الذكريات بحيث تخزن في حالتها غير المعالجة بما يجعل من الصعب بمكان على العقل التعامل مع هذه الذكريات بطريقة صحية بما ينتج عنه آثار و أعراض الاضطراب الكربي التالي للصدمة (PTSD).

أن إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR) طريقة علاج تتطور بشكل ثابت ونظرية ناشئة ومتجددة للعلاج النفسي. تُكامل الطرق أخرى الرئيسية للمعالجةِ النفسية بطريقة متينةِ وأكثر شموليةً. إن التركيز على أعراض المريض الحالية يمكن أن يعرف كصياغة معرفية سلوكية للمشكلة بينما التركيز على إعادة علاج الذكريات القديمة التي تسبب المشكلة ليعتبر بحق من تقاليد العلاج النفسي التحليلي (Shapiro, 2002 , P30). إنّ الأهدافَ العامّة للمعالجةِ بأنْ تُنجزَ أكثرالتغيرات العلاجية عمقا وشموليةِ بينما تَبقي المريض مستقرّا في نظام اجتماعي متوازن.

ابتدأ استعمال ما عرف أولا بعلاج إبطال التحسس بحركات العين (EMD) وطُوّر مِن قِبل الدّكتورةِ فرانسين شابيرو التي قدّمَت للطب النفسي السريري والأكاديمي دراسة مسيطرةِ عشوائيةِ مهمة في عام 1989 (Shapiro, 1989). بعد تلك الدراسة أضيفت عبارة "إعادة المعالجة" إلى إسم العلاج لتَأكيد العناصر المعرفيةِ وعناصرِ تشغيلِ المعلومات العقلية المركزية المهمة لفعالية العلاج (Shapiro, 1995). شابيرو كَانَت مدركة جيداً للمشاكلِ التي تولّدَت عن تَسْمِية العلاج المرتبطة بحركاتِ العينِ (Shapiro, 2002). حركات العينِ أصبحت فيما بعد شكل واحد فقط مِنْ أشكالِ التَحْفيز الثنائي المستعملِ والتَحْفيز الثنائي نفسه هو مكون واحد مِنْ عدة مكوّنات العلاج. و بينما كانت البعض من مكوّنات العلاج جديدة وغير عادية كحركات العين والتحفيز الثنائي، فإن أكثر المكوّناتِ الأخرى للعلاج من السهل تمييزها كونها مشتقة مِنْ العلاجِات النفسية المشهورةِ الأخرى لكنها كلّها مرتَّبة في تنسيق جديد فريد. و بالرغم من أن إجراءاتِ العلاج وُحّدتْ منذ 1991 في بروتوكولات خاصة، فقد كَانَ هناك الكثير من التطور في الأفكار المتعلقة بالدعاماتِ النظريةِ للعلاج منذ 1989، في ضوءِ نتائجِ البحثِ العلمي والسريري. أن هذه التطورات ماهي إلا علامة إضافية على كون هذا العلاج يمارس على أساس الدليل العلمي.

الذكريات مرتَبطة في شبكاتِ تَحتوي الأفكارَ والصورَ والعواطفَ والأحاسيسَ ذات العلاقة بهذه الذكريات. يحْدثُ التَعَلّم متى تكونت ارتباطات جديدة مع المادّةِ التي خَزنتْ في الذاكرةِ. عندما تحصل صدمة أو حدث سلبي بشدة عالية تحصل معالجة البيانات بطريقة ناقصة فالمشاعر السلبية القوية قَدْ تعرقل معالجة البيانات بما يمنع صياغة الإرتباطاتِ بسبب كون المعلومات الأكثر تكيّفاً تكون محبوسة في شبكاتِ الذاكرةِ الأخرى بطريقة غير معالجة. ومثال على ذلك: – ضحية جريمة الإغتصابِ "تَعْرف" وتدرك المغتصب المسئول عن الجريمة لكن هذه المعلوماتِ لا تَرتبطُ ولا تصحح الشعور المرضي لدى الضحية بأنها هي التي يجب أن تلام على الاغتصاب. إن الذاكرةَ التي قد خُزنتْ بشكل مرضي و بدون الإرتباطات الملائمةِ في لحاء الدماغ، و بالعديد مِنْ العناصرِ التي ما زالَتْ غير معالجة. عندما تفكر ضحية الإغتصابِ بالصدمةِ أو عندما تتسبب محفزات في المحيط بإثارة الذاكرة من قبل أحداث مماثلة أو تذكر بالذاكرة، فإن الضحية تَشعر بأنها تَعيش مشاعر، صور و أحاسيس الإغتصاب مرة ثانية، و قَدْ ترتبط هذه المعيشة بعواطفَ قوية وأحاسيسَ جسمية. هذا المثال يوضح ميكانيكية تكون بعض أعراض كالذكريات الاقتحامية (أو " رجائع زمنية "flashbacks ")، الاضطراب العاطفي و الاعتقادات الذاتية السلبية المرتبطة بالاضطراب الكربي التالي للصدمة (PTSD).

لقد وجد في البحوث السريرية بأنه لَيسَت الأحداثَ الصدمية المؤلمة والشديدةَ فقط هي التي يمكن أنْ تسبب اضطراباتَ نفسيةَ. حدث بسيط نسبياً في الطفولةِ (ومثال على ذلك: – أنتقاد من قبل زملاء المدرسة أو الإستسخفَاف مِن قِبل أبويهِ) والتي لا تعالجُ من قبل الدماغ بشكل كافي قد تسبب المرض النفسي. هذه الصدمات الصغيرة يُمْكِنُ أنْ تُؤدّي إلى مشاكلِ واضطرابات الشخصيةِ بما يشكل ويصبحُ قاعدةَ لردودِ الأفعال العاطلةِ عند البلوغ. وهذه البحوث قد جعلت ممارسي هذا العلاج تجربة نجاعته مع العديد من الاضطرابات النفسية الأخرى بما في ذلك مرض الاكتئاب الشديد واضطرابات القلق بأنواعها وحتى الإدمان على الكحول والمواد المخدرة.

لقد اقترحت شابيرو بأنّ إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين يُمْكِنُ أنْ يُساعدَ في تَخفيف الأعراض السريريةِ بنجاح بمعالجة مكوّناتِ الذكريات المحزنةِ أو الصادمة (صغيرة كانت أو كبيرة)– المُسَاهِمةِ في تسبيب المرض أو ما تدعى "الذاكرة الهدف". معالجة البيانات يحدث متى أرتبطت الذاكرةَ الهدف بالمعلومات الأكثر تكيّفاً في العقل. التَعَلم يحدثُ حينئذ و تخزن التجربة الهدف مع العواطفِ الملائمةِ لها بما يمكن الشخصِ من التعامل بشكل صحي و ملائم مع هذه الذكريات أو مع مثل هذه التجربة في المستقبل.

جدول رقم 3 نظرية نشوء الاضطراب الكربي التالي للصدمة

صَدماتْ الأحداثُ أو التجارب السيئة>>> ذاكرة>>> خَزنتْ معلوماتياً كمعلومات حسّية (صور، أصوات، روائح، لمس، طعم) أو أفكار (في وقتِ الحدثِ)؛ أوعواطف أو أحاسيس جسمِية أو العواطف أو إعتقادات.

أكثر الناسِ>> أقوياء وَ يُديرونَ الحدث جيّد>>> آخرون لا يُديرونَ الحدث جيدا

أولئك الذين لا يُديرُون الأحداث جيّد>> معلومات>> 'مجمّدة' أو غير معالجة لَربُّمَا>>> ذاكرة عاطلة>> تظهر كمشاكلِ عندما تنشّطَ بالأحداث الحاليةِ

كَيفَ يَعْملُ إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR)؟

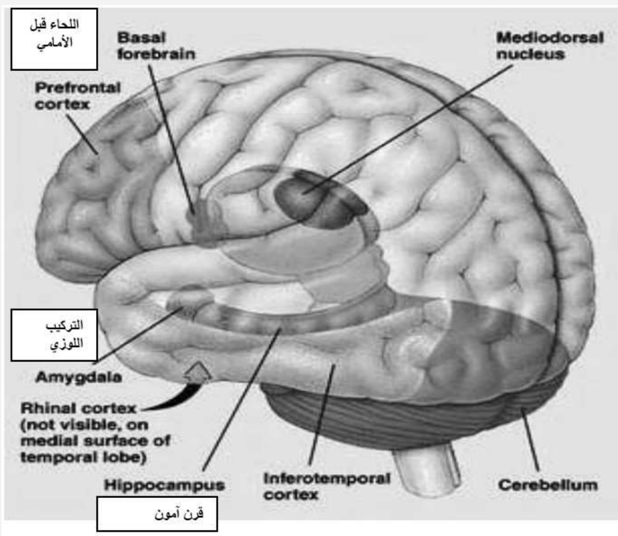
لقد كانت شابيرو (1993، 1995، 2001) قد فصلت النموذجَ الذي يشرح عملَ إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR) عن طريق نموذج معالجة المعلومات التكيفي (Adaptive Information Processing). تُؤكّدُ بأنّها فقط محصورة بهذا النموذج الذي يمكن تعَدَّيلَهُ على ضوء نتائجَ الدراسات التجريبية والسريرية. يَستعملُ النموذجُ مصطلح تشغيلِ البيانات الفسلجي العصبي (Lang, 2003).

في نموذجها لمعالجة المعلومات التكيفية (AIP)، افترضت شابيرو (2002) أن سبب حدوث الحالة المرضية في الاضطراب الكربي هو بسبب التشفير الغير صحي أو الناقص للمعلومات في الذاكرة للأحداث والتجارب الحياتية المؤلمة أو المقلقة. وهذا حسب النظرية ما يضعف من قدرة الفرد على جعل هذه التجارب تتكامل مع الذكريات التي نتعلم منها بإسلوب تكيفي. إن المراحل الثمانية، للعلاج تستهدف ثلاثة عمليات مطولة لتسهيل إستئناف تشغيل معالجة البيانات بطريقة تكيفية وتكاملها الطبيعي مع الذاكرة. هذه الطريقة العلاجية التي تستهدف التجارب الماضية، والنوابض ومحفزات الأعراض الحالية، وكذلك التحديات المحتملة المستقبلية، تؤدّي إلى تخفيف الأعراض في أغلب الأحيان؛ مع نقصان أو إزالة الضيق والأعراض المتعلقة بالذاكرة الهدف، كما أنها تؤدي إلى تحسّين تقبل و تقييم النفس، وتقليل الاضطراب الجسماني، ومعالجة و تحليل نوابض وحوافز الأعراض المستقبل المتوقعة. وبشكل أكثر تفصيلا فإن هذه النظرية تتضمن شرح تكون أعراض الاضطراب الكربي التالي للصدمة بالنقاط التالية:

1. أحداث ترتبط بالتجارب و الذكريات الأولية التي خَزنتْ في قرن آمون (hippocampus) وبتراكيبِ الدماغ الحوفية (limbic) كذكريات إستطرادية لا ترتبط بالمناطق اللحائية من الدماغ وإذا ما حدثت أحداثِ عاطفيةِ، يربْطُ التركيب اللوزي (amygdale) الذاكرة الإستطرادية بهذه العواطفِ.

2. عندما حدث يتَذكّرَ، فهذا يودي إلى إعادة الصور والعواطف والأحاسيس الجسمية والإعتقادات، والسلوك.

3. بمرور الوقت،وفي أثناء النومِ و خلال مرحلة حركة العين السريعة من النوم (REM) يتم إنتزاع مِنْ هذه الذكريات الإستطراديةِ تنقل وتتكامل مع الذكريات سيمانطيقية (semantic) في اللحاء الجديد (neocortex) ويتم التعامل معها كمعرفة جديدة تفيد في التعلم من الحالات المعيّنة لكن تَنْسي الأحداثَ الفعلية. (الدِراسات قد أظهرت بأن النومُ يلعب دوراً حساساً في عملية تعزيزَ الذاكرةِ: و يَبْدو إن النومُ في غير مرحلة حركة العين السريعة هو الأكثر أهمية لتَقْوِية الذكريات في قرن آمون (hippocampus) بينما مرحلة حركة العين السريعة أكثر أهمية لذكريات اللحاء الجديد (neocortex)).



صورة 4 صورة للدماغ تبيين المناطق المركزية لتأثير الصدمة

4. عندما يكمل نقل ذاكرة قرن آمون (hippocampus) تصبح ملغية و مسار الذاكرة وصلاته والعواطف المرتبطِة بها يمكن أن ينْسَيا بما يُحرّر فضاءاً للذكريات الإستطراديةِ المستقبليةِ.

5. من حينِ لآخر، إنتزاع ونقل وتكامل الذكريات الإستطراديةِ إلى الذكريات السيمانطيقيةِ تكون بطريقة ناقصة أو فاشلة بما يؤدي إلى إستمرار عيش إعادة الأحداثِ.

6. إذا كانت الأحداثِ مؤلمة تؤدي إلى مواصلة صيانة الذكريات الإستطراديةِ وهم تُؤثِرُ عليها في قوي على نحو غير ملائم وتُؤثِرُ على الشكلِ المحمّلِ بما يودي إلى بالاضطراب الكربي التالي للصدمة.

7. الدِراسات قد أظهرت بأن تكرّار حركة عينِ (تَحْفيز ثنائي) تُجبرُ الشخص بأن يوجه إنتباهَه بصورة مكررة من موقع إلى آخر يُنتجُ النوباتَ من المحتمل في تنشيطِ الدماغ الإقليمي وتشكيل عصبي (neuromodulation) مشابه لذلك الذي ينتجَ أثناء النومِ خلال مرحلة حركة العين السريعة بما يسهّل التكاملَ اللحائيَ للذكريات الإستطراديةِ المؤلمةِ في الدماغ.

الطرق الأخرى للتَحْفيز على الجانبين مثل النَقْر الثنائي على الأكتافِ، أو الركبة، أو الفخذ؛ أوالأنغام السمعية على الجانبين قَدْ يَبْدأُ ممر مختلف في التكاملِ لمعالجة الذكريات لكن في النهاية الذكريات الإستطرادية سَتُخْزَنُ كذكريات سيمانطيقية.

الفصل السادس: مراحل المعالجة بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين الثمانية

إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR) يركز على الصورِ المؤلمةِ والإدراك السلبي والردود العاطفية المرتبطة بهما. هدف العلاج هو أبطال إحساس الفرد إلى الردودِ العاطفيةِ، لكن أيضاً إلى إعادة المعالجة بطريقة صحية وأكثر إيجابية للإدراكات والعواطف المرتبطة بالصورةِ المؤلمةِ. هذا مصحوب بالتَحْفيزِ على الجانبين، عادة في شكل حركاتِ العين روجعَ على نطاق واسع في ملائمِةِ مِن قِبل (MacCulloch,1999) وفي مكان آخر مِن قِبل (Maxfield, 2002& Shapiro).

جدول 4: مراحل إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR):

1 - أخذ التأريخ المرضي والتخطيط للعلاج
2 - التحضير
3 - التقييم
4 - إبطال التحسس
5 - التركيب
6 - مَسْح الجسم
7 - الإغلاق
8 - إعادة التقييم.

مرحلـــة 1: التأريـــخ المرضـــي وتخطيـــط العـــلاج

بالإضافة إلى التاريخ المرضى الذي تعود جميع أطباء وأخصائيو علم النفس السريري أخذه عند تقييم الحالة لأي مريض فإن الهدف الآخر لهذه المرحلة من العلاج هو إجراء مسح شامل لاستعداد وتقبل المريض للاستفادة من العلاج و لتحديد الأهداف العلاجية الملائمة. من المهم مثلا تحديد أية مكاسب ثانوية مترتبة بالمشكلة المعروضة وإدخالها في صياغة خطة العمل والتي تتضمن سلوك معين وكذلك استهداف القضايا والمخاوف المؤسسة على الحقيقة والوضع الراهن.

في هذه المرحلة يتم الحصول على المعلومات الشخصية والمرضية الأساسية للمريض و تحديد مدى ملائمةَ المعالجة ورغبة المريض بالمعالجةِ. في هذه المرحلة يتم أيضا تَحديد أهدافِ المعالجة: يمكن تشكيل خريطة للأحداث الحياتيةِ في حياةِ المريض ومكان الأحداث المحزنة الصدمية الأخيرة (الذاكرة الهدف) منها، كذلك يشمل التاريخ المرضي حالة المريض الإجتماعية و مسببات الاضطراب العاطفيَ، و ما يتَعلقَ بها من حوادثِ تأريخيةِ. كما يجب سردُ الأحداثِ الصدمية، وتميّزُ الحدثَ المحكَّ أيّ الحدث السابق الذي جعل المريض يَشْعرُ بنفس الشعور والإحساساتِ الحالية التي سببها الحدث الهدف لَرُبَّمَا يكون ذلك حادثة واحدة أو سلسلة أحداثِ. وبالنسبة إلى وضع قائمة الأهداف المحتملة للعلاج فنستكشف مع المريض أمكانية أن يتم التعامل أولا مع أكثر الإحداث تأثيرا أو إيلاما أو أن يتم إعتِماد الحدث الأولي الأسبق حسب الترتيب الزمني للأحداث الصادمة والقرار عادة ما يؤخذ من قبل المريض بعد المناقشة والإرشاد. يمكن أيضا أن تتضمن خطة العلاج التطوير المستقبلِي للمهاراتِ والسلوكِ الذي سيَكُونانِ مطلوبان مِن قِبل المريض في حياته المستقبلية. و كُلّ "ذاكرة هدف" لَها على الأقل 3 عناصر يجب تحديدها وهي:

1. الصورة،
2. الإدراك،
3. الأثَرْ العاطفي ذو المكوّنين:

a) عواطف

b) أحاسيس جسمِية

العوامل المسببة كالحادثة التي تُسبّبُ شبكة الذاكرةَ (أحاسيس، أفكار، عواطف، أحاسيس جسم، إعتقادات) و القضيةَ المعروضة للعلاج. يتم بعد ذلك توضيّحُ الصورةَ والإدراكَ السلبيَ (إعتقاد سلبي حول النفس).

بالإضافة إلى تحديد الأحداث الماضية المسببة للأعراض المرضية يُسأل

المريض عن التجارب الأخرى المسببة للاضطراب لكي يتم معالجتها مع أية تجارب أخرى سلبية المحتوى تكتشف خلال عملية التقييم. من المفضل رسم مخطط أو خريطة زمنية للأحداث ضمن الإطار الزمني وإطار العلاقات الإجتماعية خلال المراحل المختلفة (Shapiro, 2002, P31).

مرحلة 2 التحضير

في هذه المرحلة يبني المعالج العلاقة العلاجية الملائمة مع المريض و يتم تحديد أهداف علاجية الممكنة التحقيق . ويتم تثقيف المريض بمعاني أعراضهم المرضية و الفعاليات العلاجية المتوقع أجرائها وتدريب المريض على أستعمال المهارات التي تساعده على التحمل و السيطرة على الذات بما يساعد على السيطرة على أي اضطراب وبما يساعد على بعث المشاعر الإيجابية (Shapiro, 2002).

يتم خلال مرحلة 'التحضيرَ'، التأكيد على التَأسيس علاقة علاجّية ملائمة، يُعلّمُ المريض فيما يتعلق بتأثيراتَ الصدمةِ وحول توقّعاتِ معقولةِ للمعالجة، ويُعلّمُ المريض تقنيات ضبطَ النفس. إنّ إستعمالَ التعبيرات المجازية يُقدّمُ عادة في هذه المرحلة لتَسهيل خَلْق 'مسافة' سهلة التعامل من قبل المريض لإعادة ربط الذاكرة بالمادّة أو الحادثة المؤلمةِ. هذا جزءُ من عملية اليقظة (mindfulness) التي تستهدفتْ مُسَاعَدَة المريض على أن يصبحُ مراقب نفسه الشخصي (Teasdale, 1999). التأكيد يوْضُوعُ في مرحلةِ التحضيرَ على خَلْق إحساس بالسيطرة والأمان لدى المريض، وبهذا الخصوص يعَلّم المرضى إستعمالَ 'إشارة التوقف' للإسْتِعْمال إذا ما أرادوا إيقاف العلاج في أي وقت كان، وأيضاً 'المكان الآمن ' الذي يكون ويوسّعَ بإستعمالِ التَحفيز الثنائي. هذا 'المكانِ الآمنِ' قَدْ يُرجَعُ إليه مِنْ وَقّتْ إلى آخر أثناء العلاج لإعْطاء المريض إحساس بالعافيةِ والسيطرةِ عند الحاجة.

جدول 5

مراحل تكوين مكان الأمان/ الهدوء:

الخطوة-1: يبحث المريض عن صورة (فعلية أو خيالية) تبث في نفسه إحساس شخصي بالأمان والسكون (مكان كان فيه، مر به، شاهده أو تخيله).

الخطوة-2: نسأل المريض أن يركّز على هذه الصورة و يتحسّس ويعمق العواطف و الأحاسيس الجسمية السارة والملطفة المترافقة بتذكر صورة هذا المكان.

الخطوة-3: التركيز وتعزيز الصور والأصوات والروائح والأحاسيس الجسمية المرتبطة بالمكان.

الخطوة-4: ربط الصورة و الأحاسيس السارّة وتثبيتها، بواسطة مجموعة (4-6) حركات عين قصيرة وبطيئة.

الخطوة-5: تحديد المريض للتعبير بكلمة واحدة (كلمة مشعرة cue word-) تصف الصورة والأحاسيس السارة وتثبيت ذلك بحركات عين إضافيّة كما في خطوة 4.

الخطوة-6: يجرب المريض تذكر مكان الأمان باستحضار الكلمة المشعرة بدون حركات عين.

الخطوة–7: يجلب المريض صورة مؤلمة بسيطة و يلاحظ الشعور السلبي، يقوم المعالج بإرشاد المريض إلى المكان الآمن إلى أن تبدّد الأحاسيس السلبيّة.

الخطوة-8: يكرر المريض خطوة 7 ولكن بدون مساعدة المعالج.

يجب توضّيحُ وشرح العلاج للمريض، المعالج يقوم بإخبار المريض بان " دماغهم هو الذي سيَعملُ على شَفَاءهم وأنهم هم المسيطرون على العلاج". بينما نقيم استقرار حالة المريض وإستراتيجيات التحمل لديهم عند الاضطرابات والضِيق الأمثلة: (تمرين القطار) " لكي يُساعدَك فقط لاحظ التجربة، تخيّلُ ركوب قطار ولاحظ المشاعر و أفكار الخ ... فقط المناظر التي تمرُّ بدون حكمَ، لا تقييمَ " قم بالتنفّس اجعل التنفّس من الحجاب الحاجز". يُطوّرُ ويُحسّنُ مكان آمن وهاديء (للمُسَاعدَة على تَهْيئة المريض للمعالجة؛ ضبط النفس عندما يُصبحُ المريض مضطربا أو لأغلاق الجلسة الناقصة)

ومثال على ذلك: -: المعالج يقول " كما تُفكّرُ بذلك المكانِ الهادئ، لاحظ الذي تَراه، أسْمعُ وأشْعرُ اللحظة. ماذا تُلاحظُ؟ إحضر صورةُ ذلك المكانِ، ركز على حيث تَشعر بالإحساس اللطيفَ ... مركزا على تلك الأحاسيسِ ثم تابع أصابعَي، كَيفَ تَشْعُرْ الآن؟ إذا كان الجواب إيجابي، يقول المعالج: " ركز على ذلك (وأجري مجموعة حركات عين– عادة 22 حركة). ماذا تُلاحظُ الآن؟ في حالة تحسن المشاعرِ ووجود أحاسيس لطيفةِ ... تمسّكُ بالصورةِ، والمشاعر .... .تحفيز على الجانبين. المرضى سَيَتخيّلونَ حادثة بسيطة مزعجُة وكَمْ يَشْعرونَ الآن. ثمّ هم يوجهون لإحضار مكانِهم الآمنِ ... ويُلاحظونَ أيّ تغيرات في جسمِهم (مجموعة حركات عين). أجلب حادثة مُزعِجة أخرى ثم إحضر المكان الآمن لوحدهم.

ومن التطورات المهمة فحص قوة الأنا (ego) والمرونة لتحمل معالجة الذكريات المؤلمة. أذا كانت نتيجة هذا الفحص أن المريض غير مستعد لمعالجة الذكريات فأن المعالج يقود المريض إلى سلسلة من التمارين العلاجية الأخرى التي تقوي الأنا و تبني مشاعر الراحة والأمان عند المريض (P35 , Shapiro,2002).

مرحلـــــــــة 3 التقييـــــــــــمَ

خلال هذه المرحلة يقوم المعالج بمساعدة المريض على تحديد الذكريات و محفزاتها أو القوالب المستقبلية (وما يرتبط بها من العاطفةِ والإدراكِ والصورةِ والأحاسيس الجسمية) والتي ستخدم كهدف أولي للجلسة العلاجية.. المعالج يَبْدأُ بسُؤال المريض " أخبرني بدقة بقدر الإمكان، ما الذي يَحْدثُ، بدون أن تحُكّم على ذلك سواء كان يَجِبُ أو لايجب أنْ يُحْدَثَ. فقط أتَرْكَ ما يحدث، يَحْدثُ. " "

كُلّ جزء من مرحلةِ التقييمِ هذه متعمّد جداً على بعضها. الذكريات المؤلمة قَدْ تُحْمَلُ في أي واحد مِنْ الأشكال الحسية الثلاثة:

1 – بصري على شكل ذكريات وصورِ بصريةِ.

2– إدراكية على شكل أفكار سلبية أو مزعجة تتعلق بالصدمة.

3–والأحاسّيس الجسمية المرتبطَة بالصدمة ولكل مريض مكان مختلف من الجسم يحمل هذه الأحاسيس.

إنّ نظامَ مرحلة التقييمِ في علاج إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR) صممّ للدُخُول في أي واحد من هذه الأشكال الحسية لكي يتمكن المريض من الدخول إلى كُلّ قنوات الصدمة الرافدة خلال العلاج. علاوة على ذلك أثناء هذا التقييم، يقوم المريض بالتعرض التدريجي والإتّصالِ الأقربِ فالأقربِ بالتجربة المؤلمِة الكاملِة، وهو يقوم بعد إحضار الصورةِ البصريةِ، بإحضار الإدراك السلبي المترافق ثم يقوم المعالج بمساعدته على خلق إدراك إيجابي يحب أن يفكر به الآن عندما يتذكر الصدمة (ويكون معاكسا للإدراك السلبي). العواطفُ المرتبطة بالصدمةِ يقوم المريض بقياسها على مقياس درجة الاضطراب (SUDS) في مراحل الاضطراب المختلفة. أخيراً يجب التأكيد من إن تحضير الإدراك الإيجابي صممّ ليكون كرد منطقي على لا عقلانيةِ إعتقادِ المريض السلبي بما يساعد على خلقْ توقعَ التغييرِ التكيفي الإيجابي.

حدد الذاكرة الهدف للعَمَل على علاجها:

الحادثة

الصورة

الإدراك السلبي

الإدراك الإيجابي

في الجزء الثاني من مرحلة التقييم يساعد المعالج المريض على صياغة إدراك سلبي (أدراك غير منطقي مرتبط بالحادث الأليمة) مثل "أنا عاجز" قد يكون الإدراك المرتبط بعد حادثة أغتصاب أو حادثة سيارة. الإدراك عادة ما يكون غير منطقي لكونه مرتبط بحادثة في الماضي وإن المريض يمتلك الآن حرية الاختيار والفعل في الحاضر. أن أهداف المعالج في هذه المرحلة هو تمييز الجانب غير المنطقي في تحليلهم المعرفي للحادثة و من ثم تحديد الأجزاء الإضافية لشبكة الذكريات التي تحفز المعلومات المثيرة للخوف.

جدول رقم 6

أمثلة للإدراكات السلبيّة

1. إدراكات نقص الثقة بالنفس:

أنا لا أستحق التقدير	أنا شخص سيء	لايمكن الوثوق بي
أنا مشين	أنا عديم القيمة	وجودي في الحياة كان خطأ
أنا مخجل	لا أستحق الأحترام	
أنا لست جيدا بالمقدار الكافي	أنا أستحقّ فقط الأشياء السيئة	
أنا بشع	أنا مشوه بصورة دائمة	
أنا لا أستحق أي شيء	أنا غبيّ	
أنا تافه	أنا خيبة أمل	

2. إدراكات نقص الأمان / الاستعداد للإصابة

لا أقدر أن أثق بنفسي	
لا أقدر أن أثق بأي شخص	لا أقدر أن أثق بقدرتي على الحكم
لا أقدر أن أحمي نفسي	أنا في خطر
إنا لا يجب أن أظهر مشاعري	لا أقدر أن أسيطر على مشاعري
لا أستطيع أن أدافع عن نفسي	أنا في خطر
أنا لا أنتسب لأي مكان	
أنا أستحق أن أموت	أنا أستحقّ أن أكون بائسا

3. إدراكات نقص السيطرة/ الاختيار

أنا لست مسيطر على نفسي	أنا عاجز/فاقد القدرة

أنا ضعيف	أنا لا أقدر أن أحصل على ما أريد
أنا مثال الإخفاق	أنا لا أقدر أن أنجح
يجب أن أكون كاملا	لا أقدر أن أعاود الوقوف
أنا دائما مقصر	

4. إدراكات نقص المسؤولية / فعل شيء ما 'بشكل خاطئ'

فعلت شيء ما بشكل خاطئ	يجب أن أكون قد فعلت شيء ما خطأً
كان يجب أن أعرف ذلك	

وفي الجزء الثالث من هذه المرحلة يقوم المعالج بمساعدة المريض على صياغة معتقد إيجابي مناسب للذاكرة الهدف. الإدراك الإيجابي المحتمل للمثل أعلاه "اني الآن أمتلك السيطرة" أو "أنا الآن أمتلك خيارات". والهدف من ذلك توضيح الاضطراب واللاعقلانية في الإدراك السلبي المرتبط بالحادثة وتقديم معلومات تعارض الإدراك السلبي للمريض حول الحادثة هذا بالإضافة إلى تزويد المريض بالأمل و "النور في نهاية الممر المظلم" والتي تشجع وتحفز المريض على الإستمرار بالعلاج. يتم بعد ذلك تدريب المريض على تقييم مدى صحة الأدراك الإيجابي بمقياس مدى صحة الإدراك (VoC) (Shapiro,2002 ,P35,36)..

جدول رقم 7

أمثلة للإدراكات الإيجابيّة:

1. مسؤوليّـــــــــة/ثقـــــــــة بالنفـــــــــس

أنا أستحق التقدير	أنا شخص جيد
أنا حسن كما أنا	أنا أستحق ما أريد
أنا محترم	أنا محبوب
أنا أستحق	أنا استحق الخير
أنا على ما يرام	أنا صحيح
أنا أقدر أن أمتلك	أنا ذكيّ
أنا مهم	أنا على مايرام كما أنا
أنا أستحق أن أعيش	أنا أستحق أن أكون سعيدا
أفعل أفضل ماأقدر علية	أنا تعلمت مما حصل
أقدر أن أتعلم	أقوم بأفضل ما يمكنني عمله

2. خيـــــارات/ قيـــــــــادة

أقدر أن أكون نفسي　　　أنا متمكن

أنا الآن مسيطر على وضعي　　　أنا الآن أمتلك خيارات

أنا قوي　　　أستطيع أن أحصل على ما أريد

أقدر أن أنجح　　　أستطيع أن أعالج الموقف

3. أمـــــــــان

أنا يمكن الوثوق بي　　　يمكن أن أتعلم الوثوق بنفسي

أقدر أن أثق بحكمي　　　كل شي انتهى الآن

أنا أقدر أن أحمي نفسي　　　أنا في أمان الآن

أنا أقدر أن أظهر عواطفي بدون مشكلة

أستطيع التعبير عن مشاعري　　　أقدر أن أخبر الآخرين بما أريد

مـــــدى صحـــــــة الإدراكِ (Validity of Cognition-)

يسأل المريض 'عندما تُفكّرُ بتلك الصورةِ (أو حادثة)، ما مدى صدق تلك الكلماتِ (تُكرّرُ الإدراكَ الإيجابيَ فوق) تبدوا لك الآن على مِقياس من 1 – 7، حيث 1 يَبْدو خاطئ جداً و7 يَبْدو حقيقي جداً؟ "

1-------2 ------3 ------4 ------5 ------6 -------7

(خاطئ جداً)　　　(كامل الصدق)

بعد ذلك يدرب المريض على ربط الصورة والإدراك السلبي بالعواطف المرتبطة بها في مخزن الذكريات. ويدرب المريض على قياس العواطف المرتبطة بتلك الصورة ةالإدراك السلبي بمقياس وحدة الاضطراب الذاتي (SUDs).

العواطف / المشاعر المترافقة و وحدة الاضطراب الذاتي (SUDs)

"عندما تَفكر بتلك الصورةِ (أو حادثة) وتلك الكلماتِ (يكرر الإدراك السلبي المذكور أعلاه)، ماهي العاطفة أو الأحاسيس التي تَشْعرُ بها الآن؟ "

وحدة الاضطراب الذاتي (SUDs) "على مقياس من صفر– 10، حيث أنَّ صفر يعني لا اضطراب أو ضيق أو شعور محايد و10 الاضطراب الأعلى الذي يمكن للمريض أنْ يَتخيّله، "كم من الاضطراب تشعر كنتيجة لتذكر الحادثة الآن؟ ".

والغرض من قياس العواطف المرتبطة بالصورة ة الإدراك السلبيين هو تزويد المريض بالمساعدة والدعم اللازمين وترقب وتوقع إدراكات المريض التي قد تعرقل عملية العلاج وتحتاج لإعادة المعالجة وتكون خط أساسي لقياس الإستجابة للعلاج.

أن من الضروري بمكان في هذا النوع من العلاج أن نحدد موقع أحاسيسِ الجسمية خلال عملية معالجة الذكريات. لذلك نقوم بإعطاء المريض التعليمات بأنِ يلاحظ "أغلق عينيك و فقط لاحظ أين تَحسُّه في جسمِكَ؟ ".

مرحلـــــة 4: إبطـــــال التحســـــــس Desensitization

في هذه المرحلة من العلاج يُستعمل التحفيز الثنائي على شكل حركات العين أو نغمات مسموعة أو النقر على الجانبين مع إدامة ثنائي الإنتباه والتحفيز مع الفعاليات العلاجية الأخرى المصممة للمساعدة في معالجة المعلومات. المريض يُوجهُ بأن يديم أنتباهه مع التحفيز على الجانبين وفي نفس الوقت إدامة تذكر على الصور و الإدراك السلبي والإحساسات الجسمية. وذلك سينتج عنه وبالتدريج التمكن من الوصول إلى الصدمات المؤلمة المختزنة بسبب كونها معالجة بطريقة خاطئة من قبل الدماغ وبعد الوصول إلى هذه الصدمات أو الذكريات الهدف تتم إعادة معالجتها بالتحفيز على الجانبين ليتم بعد ذلك مكاملتها مع الذكريات الصالحة للتعلم. ويقوم المعالج بقياس درجة الاضطراب النفسي للمريض باستعمال مقياس وحدة الاضطراب الذاتي (SUDs). إن هذه المرحلة تتضمن إسترجاع البصيرة و الإرتباطات و التغيرات في التجربة الحسية وزيادة شعور المريض بكفاءته الذاتية.

يقول المعالج: "بإعادة الصورةَ، و تلك الكلماتِ السلبيةِ ... أين أنت تَحس الاضطراب في جسمِكَ. ثم راقب أصابعَي. . (حركات عين) بتحريك العين من اليمين إلى اليسار بمتابعة حركة أصابع اليد اليمنى للمعالج (أو اليسرى في حالة المعالج الأعسر). ويجب أن يحرك المعالج يده من اليمين إلى اليسار وأن تكون الحركة من الكتف وليست من المرفق لتفادي حصول مرض مرفق التنس لدى المعالج.

بعد كل تحفيز على الجانبين، يقول المعالج: "أرمش عينيك و خذ نفسا عميقا، وأتَركَه يَخرج في الزفير ببطيء. ما الاضطراب الذي تحصَلُ عليه الآن– في إشارة إلى وحدة الاضطراب الذاتي ؟ "

>> كرّرَ عملية التحفيز على الجانبين وإستجواب المريض حتى تصل وحدة الاضطراب الذاتي = صفر.

>> " ... يَعُودُ إلى التجربةِ الأصليةِ، ما الاضطراب الذي تَحصَلُ عَليه الآن؟ وعندما تحدث للمريض عن أي تغيرات في الذكريات، الصور أو وحدة الاضطراب يقول المعالج: "إذهبْ مع ذلك " (حركات عين).

بسُؤال المرضى بأن يتمسّكوا بالأحاسيس والقيام كذلك بالتركيز على التَحْفيز على الجانبين؟ إعادة المعالجة والعمل على أحاسيس الجسم و العواطف والاعتقادات حتى تصل وحدة الاضطراب الذاتي = صفر، إنْ لمْ يكن 0 تحقيق من أية اعتقادات مانعة أخرى.

و أثناء المعالجة المرتبطةِ في هذه المرحلةِ تحقق من:

(a) ذاكرة جديدة

(b) صورة تَتغيّرُ

(c) حادثة تَتجلّى

(d) تغيّرُ المظهر

(ومثال على ذلك: – في بداية العلاج لمريضة أغتصبت صورة المغتصب ... على قمةِ الدرج، مع ضوء شديد وراءه. . بَعْدَ أربع جلسات من العلاج ... تَتكامل الصور بأن ترى المجرم يغتصبها بصورة واضحة).

مرحلـــة 5 - التركيـــــب

في هذه المرحلة يكون الهدف هو تقوية الإدراكَ الإيجابيَ والمصمم ليستبدل إدراكَ المريض السلبي الأصلي المربط بالذاكرة. وليس من الغريب أن يزداد الإدراكَ الإيجابيَ قوة خلال المرحلة الرابعة لإبطال التحسس أو أن يستبدل بإدراك آخر أكثر إيجابية وأكثر مناسبة علاجيا من الإدراك المحدد في مرحلة التقييم. ومع ذلك فأن ربط الإدراك الإيجابي بالصور والمواد السلبية حتي تصل درجة صحة الإدراك إلى أعلى مستوى ممكن= 7 (كامل الصدق) (إلا في حالات نادرة عندما يكون الوصول إلى مثل هذا المستوى غير عقلاني ضمن ظروف المريض الخاصة) (P39-Shapiro,2002).

دققُ الإدراكَ الإيجابيَ الأوليَ

دققُ مدى صحة الإدراكِ (Validity of Cognition)

أرْبطُ الإدراك الإيجابي بالهدف وأستمر بالتحفيز على الجانبين.

دقق مدى صحة الإدراكِ بعد كُلّ مجموعة من التحفيز على الجانبين حتى يصل=7

إنْ لمْ يصل مدى صحة الإدراك إلى 7، يجب استكشاف أية معتقدات مْانعُة للمعالجة.

إن من الأشياء الفريدة المرتبطة بعلاج علاج إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين EMDR هو الكيفية والسرعة التي تقوم بها اعتقادات الجديدة

حول النفس وتفسيرات الصدمة بإستبدال الإعتقادات المرضية القديمة. تظهر الإمكانيات الجديدة التي لم تكن في الحسبان قبل بداية المعالجة. البصائر الجديدة هذه تستعمل بدورها كنقاط لبداية المجموعة القادمة من حركات العين، والتي تساعد بشكل مستمر على معالجة الصدمة بطرقة سهلة الممارسة و أكثر صحة.

مرحلـــــــــة 6: مَسْــــح الجســـــمِ

في هذه المرحلة يقوم المريض بإعلام المعالج عن أية اضطرابات متبقية في الإحساسات الجسمية. وإذا ما كانت موجودة يقوم المريض بالتركيز على هذه الأحاسيس في المعالجة التالية. و من الشائع أن تؤدي هذه الأحاسيس إلى تجارب وذكريات أضافية محتاجة للمعالجة. ولا تتم هذه المرحلة حتى تتوقف كل الاضطرابات والإحساسات الجسمية.

" إغْلقُ عيناكَ وتذكّرَ الذاكرةَ الأصلية ثم أفتح عيناك وتابع أصابعي (حركات عين). ثمّ يَجْلبُ إنتباهَ المريض إلى الأجزاءِ المختلفةِ مِنْ جسمِه، بَدْءا بالرأس وننحدر إلى الأجراء الأخرى. "أخبرُني إذا ماكنت تَجِدُ تَوَتّراً في أي مكان، أي شدّة أو إحساس غير عادي". . إستمرّ بإعادة المُعَالَجَة لأيّ إحساس سلبي أو قوّي حتى التحسن الإيجابي.

أن إيجاد اعتقادات ذاتية إيجابية مهمة، لكنّ ذلك غير كافي على المستوى الفكري فقط. هذه المرحلة لا تعتبر ناجحة ما لم يصبح بمقدور المريض التفكير أو التحدّث عن الذاكرة الهدف بدون الشعور بأي توتّر في الجسم. يكتمل مسح الجسمَ فقط عندما يكون خال مِنْ كُلّ الأحاسيس المرتبطة سلبياً.

مرحلـــــــــة 7: الإغــــــــــلاق

للوصول إلى مرحلة الإغلاق فأنه من الضروري بمكان أن يكون المريض في حالة توازن عاطفي في نهاية الجلسة العلاجية لتكون الجلسة كاملة. أي عندما تكون وحدة الاضطراب الذاتي = صفر و مدى صحة الإدراكِ = 7 (كامل الصدق)؛ و مَسْح الجسم خالي من الاضطراب. في مرحلة إغلاق الجلسة يجب على المريض استعمال أحد أو بعض من تقنيات وطرق السيطرة التي تعلمها في مرحلة التحضير للتمكن من الحصول على التوازن العاطفي. وكذلك يجب القيام بعملية استخلاص للجلسة لتمكين المريض من فهم ما مر به من معالجة للمعلومات و ما قد يحصل بين الجلسات في هذا المجال.

المعالج يقوم بتهيئة المريض لما سيواجهه بين الجلسات. على سبيل المثال، صور مقلقة، أفكار، وعواطف قد تظهر أثناء الأسبوع بين الجلسات حين يقوم العقل بمواصلة معالجة الصدمة في هذه الفترة. و قد يكون من المفيد للمريض إدامة سجل يكتب فيه كل هذه الذكريات والأفكار السلبية، فإن ذلك يساعد المريض على البقاء على مسافة من الاضطراب وتعطي المعالج أهداف جديدة لجلسات العلاج المستقبلية.

إذا ما كانت وحدة الاضطراب الذاتي أعلى من صفر؛ ومدى صحة الإدراك أقل من 7 (كامل الصدق) فأنه يجب القيام بإجراءات إغلاق الجلسة الناقصة أو غير المتكاملة (أنظر بطارية اعادة المعالجة في الملاحق). خلال إغلاق الجلسة الناقصة أو غير المتكاملة يقوم المعالج بتشجيع المريض وطمأنته ثم يقوم المريض بمَسْح للجسم؛ وإجراء تمارين المساعدة على الاستقرار (هدوء / مكان آمن أو تمارين إسترخاءٍ) وطمأنة المريض.

مرحلـــــــــــة 8 إعــــــــادة التقييـــــــــمِ

تبدأ كل جلسة علاجية لاحقة بهذه المرحلة للتأكد من تقييم استمرارية العملية العلاجية وتحديد أهداف جديدة للمعالجة. و يقوم المريض بالإطلاع على الأهداف المحددة سابقا لتحديد ما أذا كان هناك منظور جديد قد تم الوصول اليه بما يحتاج إلى المزيد من التركيز والمعالجة. كذلك يراجع السجل الذي يحتفظ به المريض لتسجيل ما يحدث له بين الجلسات. أن هذه المرحلة تساعد على تقييم مدى نجاح عملية العلاج لكل مريض. أنها تظهر مدى استمرارية فعالية المعالجة الفكرية والسلوكية (Shapiro,2002   ,P41).

في هذه المرحلة تدققُ الجوانب التالية:

التركيز على الأهداف التي تمت إعادة معالجتها في الجلسةِ

ماذا لاحظ المريض منذ الجلسةِ الأخيرةِ؟

هل حافظ المريض على النتائج العلاجية الإيجابية للجلسة السابقة؟

هل هناك أية اضطرابات جديدة حصلت مذ ذاك؟

هل هناك أية مؤشرات مهمة في:

الأحلام، التغييرات في السلوكِ، ردود الأفعال للضغوط الحالية، الأفكار الجديدة، البصائر الجديدة، أية سمات جديدة للذاكرةِ الهدفَ، الذكريات المرتبطة السابقة الأخرى

إن هذه الحقائق ستساعد المعالج على أن يقرر إذا ما كان سيقرّر الانتقال إلى أهداف جديدة أو زيارة الأهداف القديمة ثانية لإعادة إستكامل العلاج. لإستهدافُ معالجة أهداف جديدة، يمْضي المعالج إلى الهدفِ المحدد القادم ضمن خطة سلسلة الذكريات الهدف للمعالجة وتتم المعالجة ثانية باستعمال المراحل 3 - 8.

باختصار إن إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR) يعمل على إعادة معالجة معلومات مجمّدة أو عاطلة ضمن منظور تكيفي. (قَدْ لا تتحقق كل أهدافَ المعالجةِ؛ ومن الضروري في هذه الحالة أستكَمالَ العلاج بالعلاجات النفسية الأخرى)

الفصل السابع :الدليل من دراسات فعالية العلاج مع بالاضطراب الكربي التالي للصدمة (PTSD):

علاج إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR) علاج نفسي أساسه الدليل العلمي في معالجة الاضطراب الكربي التالي للصدمة (PTSD). هذا الدليل العلمي وحسب أهم وأكبر قاعدة بيانات للدراسات العشوائية المقارنة، قاعدة بيانات كوكران في جامعة أوكسفور في المملكة المتحدة، يتألف من 36 دراسة منها 15 دراسة مقارنة عشوائية أظهرت كفاءة هذا العلاج في تخفيض والإزالة أعراض الاضطراب الكربي التالي للصدمة. وقد أظهرت هذه الدراسات نتائج مشابهه لتلك التي تتحقق مع العلاج المعرفي السلوكي (Bisson & Andrew, 2007) ولكن النتائج العلاجية كانت أبقى و أثبت في دراسات المتابعة. كما أن هناك أيضا دعم من دراسات حديثة لإستعمال هذا العلاج في معالجة اضطرابات نفسية أخرى، تتضمن مشاكل الصحة العقلية المختلفة، وأعراض جسدية.

مِنْذ 1999 وقد أصبح علاج إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR) مقبولا بشكل كبير كمعالجة فعّالة للاضطراب الكربي التالي للصدمة (PTSD) حسب ما دلت عليه التجربة والدراسات السريرية (Foa, et al 2000). والآن يتركّزَ البحثِ على مقارنةُ التأثيرَ العلاجي وكفاءةَ إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين مَع العلاجات النفسية المختلفة. بعض الباحثين أكدوا على تقييم هذه البحوث (Maxfield & Hyer, 2002) بإستعمال "معيار الذهب" الذي غالبا ما يكون العلاج المعرفي السلوكي رغم إثبات الدراسات المختلفة تفوق علاج حركات العين عليه ولكنه يستمر في كونه المستعمل في البحثِ لمقارنة فعالية العلاج (Foa & Meadows, 1997) بالإضافة إلى درجةِ وفاء المعالجة للمعايير العلمية المحددة.

في الدراسةِ المقارنةُ الأكبرُ لإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين مقارنة بعلاج التعرض لحد الآن، و التي دامت لأطولِ فترة متابعة بحثية. تَضمّنَت الدراسة التعيين العشوائية ل 105 حالة من مرضى بالاضطراب الكربي التالي للصدمة بين علاج إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين وعلاج التعرّض مع إعادة الهيكلة المعرفيةِ وقورن العلاجين مع عينة مسيطرة من قائمةِ الإنتظارِ للعلاج. كلا العلاجين أظهرا مكاسب سريرية هامّة أحصائيا مقارنة مع عينة قائمةِ الإنتظارَ، بدون إختلافاتِ هامّةِ في التأثيرِ بين مجموعاتِ المعالجة. ولقد أظهرت الدراسة أن علاج إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين إحتاج إلى عدد أقل من الجلسات العلاجية متوسط عدد الجلسات 4.2 جلسةِ بالمقارنة مَع متوسط عدد جلسات 6.4 جلسةِ في علاج التعرّض (Power, et al, 2002).

شابيرو في 2002 وصِفُت كيفية عمل علاج إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR) وفق نظرة تكاملية، كالآتي:

_ يسهّل تحليل ومعالجة الذكريات.

_ يبطل التحسس للمحفّزات التي تسبّب الضيق الحالي وقد تسبب أمراض نفسية.

_ يدمج المهارات والسلوك التكيفي العقلي لتمكين الدماغ من الإشتغال المحسنِ لمعالجة المعلومات.

كان هناك فقط ست دراساتِ مسيطرة عليهاِ عشوائيةِ عبر كُلّ المعالجة النفسية لعلاج مرض الاضطراب الكربي التالي للصدمة منْ 1980 (منذ أدَخلَ تشخيصَ الاضطراب الكربي التالي للصدمة (PTSD) إلى الملزمة التشخصية والإحصائية الأمريكية الإصدار الثالث (DSM-III) إلى العام 1992 (Solomon, et al,1992). بالرغم من أن نشر أول دراسة لشابيرو عام 1989 جلب الاهتمام قليلا لهذا العلاج حينذاك لكن الأهتمام الأكبر وتغير تقبل العلاج كثيرا حدث بعد نشر دراسة حالة مهمة عام 1991 (Wolpe & Abrams, 1991) للإستعمال الناجح للعلاج. شجع ذلك المزيد من النشر في الموضوع إلى درجة أن تم نشر أكثر مِنْ 100 دراسة حالة، و أكثر من 20 دراسة مقارنة على استعمال العلاج على الاضطراب الكربي التالي للصدمة (PTSD) لوحده لحد العام 2010. إن هذا العدد من البحوث يجعل علاج إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR) الأكثر بحثا من أي من العلاجات النفسية أو العقاقيرية الأخرى المستخدمة في علاج الاضطراب الكربي التالي للصدمة (PTSD) بما يزود هذا العلاج بقاعدة قوية من الدليل ليسهل استخدام هذا العلاج المستند إلى الدليل (Freeman& Power،2010).

في تحليل انتائج 61 دراسة لمعالجة مرض الاضطراب الكربي التالي للصدمة (PTSD)، فان تحليل تلوي (meta-analysis) قَارن حجوم تأثيرات الأدويةِ المختلفةِ و العلاجات النفسية، بما في ذلك إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR) والعلاج السلوكي. مجموعة العلاج النفسي كَانت قد أظهرت نسب أقل لترك العلاج مقارنة بالعلاج الدوائي (14% مقابل 32%). عموماً، كان العلاج النفسي مساوي في الفعّالية للمعالجة العقاقيرية (SSRIs and carbamazepine) ولكن على المدى البعيد كان العلاج النفسي أكثر فعّالية في تخفيضِ الأعراض المرضية بينما المعالجة العقاقيرية كانت أكثر فعالية في معالجة الكآبة المصاحبة لمرض الاضطراب الكربي التالي للصدمة (Van Etten & Taylor, 1998).

تحليل تلوي (meta-analysis) آخر تضمن 34 دِراسة لإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (التي تَضمّنت فقط الدراسات المنَشورة ولَيس أوراق ودراسات المؤتمرات). لقد سمحت الدراسة بتقييم واضح لتأثيرات ما بعد المعالجة. لقد أستثنى هذا التحليل التقارير والدراسات المبنية على نتائج المتابعة

وبالنظر للاستثناءات فقد حوى التحليل عدد صغير نسبياً مِنْ الدراسات وإستثنى أدلة مهمة كثيرة. لكن رغم تضَمينَ نتائج عالية النوعية من الدراسات المُتضمّنِة فقط، فقد إستنتج التحليل بأنّ إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين ذا فعّالية مساوية لتقنيات العلاج النفسي الأخرى (Davidson & Parker, 2001).

في تحليل تلوي (meta-analysis) آخر أكثر إنتقائية تضمّن فقط 12 دراسة بناء على كفاءة معالجة ومدى رصانة منهج الدراسة. من الأهمية بمكان أن هذه الدراسة وجدت بان مدى رصانة منهج الدراسة العلمية كان مرتبط بحجم أعظم لتأثير علاج التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR). كُلّ الدراسات ال 12 كانت الدراسة مسيطر عليها بشواهد من قائمةِ الإنتظار أو المعالجةِ القياسية الأخرى. وقد حذر البعض من ضرورة استعمال العلاج المعرفي المُرَكَّز على الصدمة (trauma-focused CBT) كمعيار المقارنة الذهبي لمعالجةِ الاضطراب الكربي التالي للصدمة (PTSD) وذلك لأن نتائج الدراسات التي أستعملت العلاجات الأخرى كمعيار يجب تأخذ بمنظور الحذر لأن حجم التأثير قَد يكون نتيجة لمقارنة علاج التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين مع معالجة غير فاعلة (Maxfield & Hyer, 2002).

لقد تم الاقتراح و في مناسبات عديدة بأن لتأثير علاج التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR) بدون حركاتِ العينِ لا يتعدى كونه أكثر مِنْ التعرّضِ التخيّلي المعروف في العلاج السلوكي، بما قد يُفسر كفاءته العلاجية (Davidson & Parker, 2001).إنّ هذه القضية كانت قد نوقشَت بشكل جدي في الدراسات العلمية. كما هو مذكور أعلاه، الكثير جادلوا بأن هذا العلاج مشابه لعلاج إبطال التحسس المنظّم أو التعرّض المطوّل. على أية حال، استعمال العلاج مَع الأطفالِ يُزوّدنا بمنظور مختلف على هذه القضية. في دراسة التفسير التالي للإختلافِ بين علاج إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR) والتعرّض التخيلي:

' إن خمسة عشرة دقيقة من علاج إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR) تؤدّي إلى توقف الأعراض في الطفل، بسبب "تعرّضِ" الطفل إلى ذكريات حدث مؤلم، وهذا يعتبر علاج تعرض، ثم كل العلاج يجِب أن يعتبر علاج تعرّضِ. هكذا، مَع الأطفال، يصبح من الصعب جداً رؤية علاج إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR) على شكل التعرّضِ، مالم يكون مصطلح "تعرّض" وسّعَ وأصبحَ كُلّي الإحاطة '. لذا، بينما يَستعملُ العلاج كتَحفيز متقطّع والنَتائِج لَيستْ متعلقة بَالجرعةِ، من الصعب حينئذ أن تُنسبْ تأثيراتَه إلى التعرّضِ لوحده (Wilson et al,1995) (Tinker & Wilson, 1999: pp. 25–26).

في دراسةِ مقارنةُ كبيرة لعلاج إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين مقارنة بعلاج التعرض الدراسة الأكبر لحد الآن، و التي دامت لأطولِ فترة

متابعة بحثية. تَضمنت الدراسة التعيين العشوائية 105 حالة من مرضى الاضطراب الكربي التالي للصدمة بين علاج إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين وعلاج التعرّض مع إعادة الهيكلة المعرفيةِ وقورن العلاجين مع عينة مسيطرة من قائمة الإنتظار للعلاج. كلا العلاجين أظهرا مكاسب سريرية هامّة أحصائيا مقارنة مع عينة قائمة الإنتظارَ،بدون إختلافاتِ هامّةِ في التأثيرِ بين مجموعاتِ المعالجة. ولقد أظهرت الدراسة أن علاج إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين إحتاج إلى عدد أقل من الجلسات العلاجية متوسط عدد الجلسات 4.2 جلسةِ بالمقارنة مَع متوسط عدد جلسات 6.4 جلسةِ في علاج التعرّض (Power, et al, 2002).

في دراسة لعلاج ضحايا الاغتصاب والكفاءة النسبية للتعرّضِ المطوّل والمقَارنَ مع علاج إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين مقارنة مع عينة من قائمة الأنتظار للعلاج. أظهرت الدراسة إن التحسن في أعراض الاضطراب الكربي التالي للصدمة كَانَ كبير جداً في كلا من التعرّضِ المطوّل وإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين مقارنة مع عينة قائمةِ الانتظار (بدون علاج). العلاجين لمْ يختلفا في التأثير لكن الباحثون أشاروا إلى 'أنّ علاج إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين بدأ يعمل جيّدا على حد سواء على الرغم من عدم الحاجة للتعرّضِ أو للواجب بيتي في علاج التعرض (Rothbaum et al,2005). '

في تحليل تلوي (meta-analysis) للدِراساتِ على العلاج النفسي الاضطراب الكربي التالي للصدمة بين الأعوام 1980 و 2003 وَجدَ بأن إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين من جهة والعلاج السلوكِي إدراكي (CBT) من جهة أخرى كَانا كلاهما فعّالين في معالجة الاضطراب وكَانا متساويي الفعّالية على حد سواء (Bradley et al, 2005).

إن إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR) في شكلِهِ الحالي، يعتبر أحد المعالجات الأساسية لمعالجة الاضطراب الكربي التالي للصدمة (PTSD) وإستعماله مدعوم من قبل دليل تجريبي قوي يرقى إلى مستوى التحليلاتِ التلوية (meta-analysis) والتي تظْهرُ بأنه فعّال كفعالية العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة (trauma-focused CBT) المعيارِ الذهبي لمعالجة الاضطراب الكربي التالي للصدمة. وهناك مجال كبير لهذا العلاج أن يكون مع تقنيات العلاج المعرفي مع كونة أكثر سهولة ووصول للأطباء السريريين للتَدرّبَ عليه

(National Collaborating Centre for Mental Health, 2005).

وفي دراسة شاملة للدراسات المتوفرة على قاعدة بيانات كوكران للدليل الطبي العلمي، أظهرت الدراسة أن كل من إبطال التحسس وإعادة المعالجة

بحركات العين (EMDR) و العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة (trauma-focused CBT) هما العلاجان الوحيدان اللذان يمتلكان أفضل دليل للنجاعة في علاج مرض الاضطراب الكربي النالي للصدمة ولذلك يجب أن توفر الخدمات الصحية هذين العلاجين لمساعدة المصابين بهذا المرض (Bisson .(& Andrew, 2007

في الحقيقة ولحوالي 15 سنة منذ أبتداء الإستعمال الواسع للعلاج فإن هناك إجماع مُتزايد بأن معالجة حتى الحالات البسيطِة (وحيدة الصدمة) من الاضطراب الكربي التالي للصدمة (PTSD) يحتاج إلى حوالي من ثلاثة إلى خمس جلساتِ معالجةِ طويلة بعض الشيءِ (Shapiro, 2001). هناك كَانَ أيضاً نِقاشاً كثير حول مدى أهمية مكوّنِ "حركةِ العينَ" للعلاج، وحول القاعدةِ النظريةِ للعلاج. يكفي القول بأنه مهما كانت أهمية النقدِ الموجه لعلاج التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR)، يبقى علاجا ناجحا بشكل مذهل بدليل الاهتمام العلمي والمنشوراتِ البحثية التي تكونت حول فعاليته في وقت قصير نسبياً ومن ناحية عشراتِ الآلاف من الأطباء السريريين في كافة أنحاء العالم الذين تَدرّبَوا على العلاج. وكلما تمسّك الأطباء السريرين باستعمال هذا العلاج نَما الدليل ونمت قاعدة المعلومات، وهذا قد أنعُكِسَ في القبول الواسع للعلاج في التعليماتِ الطبية النفسية التي أساسهاِ الدليلَ. لقد أقر بفعّالية هذه المعالجةِ مراجعين مستقلينِ من الجمعية النفسية الأمريكية (Chambless et al., 1998) وكذلك القسم الأمريكي للشؤونِ المحاربين ووزارة الدفاع الأمريكية (Department of Veteran Affairs, 2004). كذلك أُقترحت كعلاج نفسي فعال من قبل الجمعية الدولية لدِراساتِ الاضطراب الكربي التالي للصدمة (PTSD) Chemtob, et al,. 2000) وقد أوصي المعهدِ الوطني للبراعةِ السريريةِ في المملكة المتحدةَ (NICE, 2005)، بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR) كواحد من اسلوبين للمعالجة مدعومة بالدليل التجريبي لمرض الاضطراب الكربي التالي للصدمة هذا بالإضافة إلى عدد مِنْ التعليماتِ الدوليةِ الأخرى لمعالجة هذا المرض. وقد أعلنت منظمة الصحة العالمية هذا العام 2013 كعام تتبنى به إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR) كعلاج مهم من ناحية الصحة العامة العالمية لعلاج أمراض الصدمة.

الفصل الثامن: الخدمات طب نفس الصدمة التي تليق بالربيع العربي

لقد أكدت الدراسات بأنّ أحداث الصدمة هي الأكثر شيوعا في الدول النامية مقارنة بالدول الغربية المتقدمة ويضاف إلى هذه الحقيقة كون الصدمة هي أكثر صعوبة في المعالجة، وأكثر صعوبة في الدراسة في الدول النامية (Norris, et 2002 al,) . إن أغلب مصادر وإمكانات المعالجة للصدمة ومراكز البحث حولها تتواجد في أوروبا التي يشكّل سكانها 7 % فقط من سكان العالم بما يحدد مدى الحاجة الغير مؤمنة في هذا المجال في دول العالم الثالث بما فيها دول عالمنا العربي.

التأثير النفسي للكوارث الطبيعية أو الأصطناعية (من صنع الأنسان) يزيد بمراحل على التأثير الجسمي لها بنسبة خمّنت ب 4 إلى 1 (Everly, et al, 2010). و رغم أن موارد معالجة الآثار الجسمية للصدمة تزيد بكثير خصوصا في الدول النامية على موارد معالجة آثار الصدمة الجسمية. إن التأثير النفسي للكوارث الطبيعية والصناعية يمكنه غمر وشل طاقات وإمكانات ووسائل حياة الأفراد و عوائلهم والمجتمع بأسرة.

منذ انطلاقة الربيع العربي اكتشف العالم حدّود الاضطهاد والتعذيب الذي مارسته الأنظمة القمعية ضد الشعوب وقد خلق هذا الاضطهاد بالضرورة الكثير من المشاكل النفسيّة لدى المواطنين (Filiu, 2011). إن من من المهمّ بمكان للحكومات الديمقراطية الجديدة في العالم العربيّ أن تتعامل مع آثار الأنظمة الاستبداديّة السابقة بما في ذلك المرض النفسي و هذا يحتاج لأن تكون الخدمات النفسيّة موجّهة للمجتمع ومقبولة من قبله ومتجاوبة مع حاجاته.

يجب التوكيد في الخدمات النفسيّة الجديدة على:

1_ أن تتم معالجة نتائج الاضطهاد من خلال طب وعلم نفس الصدمة.

2_ تأسيس " مراكز ضحايا التعذيب والعنف السياسي للصحة النفسية " لتكون أساس الخدمات الطبية النفسية الجديدة بدون مشاكل الوصمة.

3_ أن يدمج في هذه المراكز المفهوم الروحي التقليديّ للصحّة النفسية والمعالجات التقليديّة مثل العلاج بالقرآن.

4_ المراكز يجب أن تسمى وتشكل بطاقم فعال لتقدّيم هذه الوظيفة وبطريقة مقبولة للسكّان.

التعذيـــــــــب

يعرف التعذيب بأنه إحداث ألم جسمي أو نفسي مبرح لتحقيق أغراض معينة مثل العقاب، التخويف، الإجبار، وانتزاع الاعترافات أو المعلومات.

ضحايا التعذيب يمكن أن يعانوا من الاضطراب الكربي التالي للرضخ ، الكآبة، وأعراض أخرى مثل الإنطواء الإجتماعي، مشاكل النوم بالإضافة إلى الأثر على الأسرة والمجتمع.

الأعراض النفسية للتعذيب يمكن أن تكون أسوأ من الجسمية في أغلب الأحيان بمعنى أن الشخص لا يمكنه التعافي منها، وقد تؤدي في النهاية، نتيجة لليأس والألم، إلى الإنتحار إذا لم تعالج ويوفر لها الدعم الكافي (Gerrity, 2001, p41)

الأعراض النفسية للتعذيب تكون أسوأ من الجسمية في أغلب الأحيان، بمعنى أن الشخص لا يمكنه التعافي منها، وقد تؤدي في النهاية، نتيجة لليأس والألم إلى الانتحار إذا لم تعالج ويوفر لها الدعم الكافي.

إن إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR) في شكلِه الحالي، يعتبر أحد المعالجات الأساسية لمعالجة الاضطراب الكربي التالي للصدمة (PTSD) واستعماله مدعوم من قبل دليل تجريبي قوي يرقى إلى مستوى التحليلاتِ التلوية (meta-analysis). وفعالية مساوية أو متفوقة على تقنيات العلاج الإدراكي مع كونه أكثر سهولة للأطباء السريريين للتَدرّبَ عليه وللمرضى للانتفاع منه. وبالأضافة إلى معالجة الاضطراب الكربي التالي للصدمة، فقد أثبت العلاج نجاحه في علاج معظم الاضطرابات النفسية.

مراكــز ضحايـــا التعذيـــب والعنـــف السياســـي للصحـــة النفسيـــة

إن الممارسات القمعية وغير الإنسانية للأنظمة العربية التي أطاح وسيطيح بها الربيع العربي قد تركت العديد من الآثار النفسية في المتعرضين لها من أبناء الشعب العربي. من هذه الآثار مرض الاضطراب الكربي التالي للصدمة والذي عادة ما يصيب المتعرضين للعنف والتعذيب. إن مرض الاضطراب الكربي التالي للصدمة هو كارثة شخصية وعائلية واجتماعية قد تكون أحيانا أكثر سوءا من الكارثة المسببة للمرض. من هنا فإن معالجة هذا المرض وإنشاء مراكز متخصصة لعلاجه هو مهمة وطنية وقومية عاجلة. إن مقترح تشكيل وحدة الرعاية النفسية لضحايا التعذيب والعنف السياسي في تونس من قبل الدكتور جمال التركي لتشكل خطوة الأولى في درب مساعدة ودعم ومعالجة ضحايا القمع والتعذيب.

يجب أن يكون هذا المقترح لبنة لإعادة تكوين الخدمات الصحية النفسية في الوطن العربي على أساس خدمات مراكز ضحايا التعذيب والعنف السياسي للصحة النفسية التي تعمل في المجتمع وتكون أقل وصمة وأكثر قبولا لمرضى النفس.

المكوّنات الرئيسية لمراكز ضحايا التعذيب والعنف السياسي للصحة النفسية:

1. طبّ نفس الصدمة العام (Royal College of Psychiatrist, 2001**):**

هذا يجب أن يكون المكوّن الأكبر وفي مدينة متوسطة يتكون من:

أ- 6 أطباء نفسيين على الأقل نصفهم تدرّبوا في طبّ نفس الصدمة وإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين و الّذين سيكونون قادرون على التعامل مع البالغين والمسنين الذين تعرّضوا إلى الصدمة كنتيجة للظلم السياسي و الحرب.

ب– 12 ممرض (ة) مجتمع نفسية (CPN) نصفهم يجب أن يكون عندهم تدريب نفسي في معالجة الصدمة والمعالجة النفسية بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين.

ت–12 موظف(ة) خدمات اجتماعية (SW) يجب أن يكون عندهم تدريب في معالجة الصدمة بالأضافة إلى التدريب على العمل الاجتماعي النفسي.

ث– 3 من اختصاصيي علم النفس (كلهم تدرّبوا في علاج الصدمة) الذين سيساعدون في تدريب الممرضات وموظفي الخدمات اجتماعية بالأضافة إلى الفحوص النفسية الاختصاصية ومعالجة المرضى.

2. طبّ نفس الأطفال (Richardson, et al, 2010): الأطفال هم بناة مصادر البلاد المستقبلية و من الضّروري ضمان صحتهم العقلية بعدما تعرضوا هم وأسرهم للاضطهاد. ووفق معايير الكليّة الملكية للأطباء النفسانيين. هذه الخدمة يجب أن توفر ضمن مراكز ضحايا التعذيب والظلم السياسي للصحة النفسية. فريق هذا الإختصاص يجب أن يكون متكوّن من التالي: 3 طبيب نفس أطفال، 4 ممرض (ة) مجتمع نفسية، 4 موظف(ة) خدمات اجتماعية، عالمين نفسانيين بإختصاص الأطفال، 4 عمّال دعم.

3. خدمات معالجة تعاطي المواد نفسانية التأثير: الدراسات النفسية تدلل على علاقة قوية بين سوء إستخدام المواد المخدّرة والكحول مع الظلم السياسي و العنف (Brown & Wolfe, 1994 & Hien, et al, 2004)، لهذا فإنه من الضّروري أن توفير هذه الخدمة كجزء من ' مراكز ضحايا التعذيب والعنف السياسي'. هذا المكوّن من المركز يتكوّن من التالي: 1 طبيب نفساني متخصص، 2 ممرض (ة) نفسي، 2 موظف (ة) خدمات اجتماعيةة، 3 عمّال دعم.

4. الخدمات الروحية: أصبح من المعترف به حتى في الغرب الأقل تدينا من مجتمعاتنا، بأهمية العلاج التقليدي والروحي في معالجة الاضطرابات النفسية (Dein, et al, 2001). إنّ هذا الشكل من المعالجة كان يزاول في البيمارستانات الإسلامية قديما لفائدته في المرض النفسي. كما أن الخدمة تربط المراكز مع المعالجين التقليديين الذين يعالجون حاليا أكثر المشاكل النفسية في المجتمع (Al-Faris, 2000). الخدمة تتكوّن من: 1 إمام مسلم، 2 قرّاء للقرآن. 2معالجين تقليديين من السكان محليّون يعملان بصورة جزئية لربط الخدمة مع المعالجين التقليديين.

الخاتمـــــــــــــــة

أن الصحة النفسية للمجتمع يجب أن تكون أحد أهداف الربيع العربي. يجب تكوين مراكز ضحايا التعذيب والعنف السياسي للصحة النفسية كأحد أولى مكاسب الحكومات الديمقراطية الناتجة عن ثورة الربيع وتكون نواة لخدمات الصحة النفسية. الوقاية من الأمراض النفسية والآفات الاجتماعية الناتجة عنها هدف نبيل يجب أن يباشر به خلال الثورة وبعدها خصوصا مع أخطار تكون الصدمة المعقدة التي ترتبط باضطراب الشخصية والمزاج والسلوك بما يجعل المواطن غير قادر على الماهمة الجادة في تنمية وتطوير مجتمع مابعد الثورة.

أن إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين هو علاج ثوري لأمراض الصدمة مشتق من عملية فسلجية يجريها كل فرد خلال نومه من خلال مرحلة حركات العين السريعة من النوم حيث يقوم دماغ الشخص بمعالجة الصدمات التي مرت بها خلال اليوم بطريقة يحولها إلى معلومات وتجارب حياتية مفيدة عند المرور بمثل هذه الصدمات مرة أخرى. أن مرض الاضطراب الكربي التالي للصدمة يحدث عندما تفشل هذه الطريقة للمعالجة أما بسبب أستعداد الشخص للصدمة المعينة أو بسبب كون الصدمة أكبر من أن تتحمل طريقة المعالجة الطبيعة القيام بها. ما يفعله المعالج في علاج إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين هو تفكيك الذاكرة الصدمة والتي تدعى علاجيا الذاكرة الهدف إلى مكونات أولية يسهل على دماغ المريض مع اشراف ومساعدة المعالج معاجتها بمجموعة حركات عين سريعة تتم خلال اليقظة.

لقد أستخففت كثيرا بهذا العلاج عندما سمعت به أولا لأني ظننته مشابها للتنويم المغناطيسي (وأنا نادم لتأخري في امتلاك ناصية هذا العلاج). ولكن أحد زملائي المتدربين على العلاج أخبرني بالنتائج المذهلة التي يحصل عليها في علاج اضطرابات الصدمة وكيف أن كل من الجيش الأمريكي والبريطاني يستعملان هذا العلاج بصورة رئيسية في خدمات الطب النفسي العسكرية. لقد أقنعني هذا بأن أجري الجزء الأول من ثلاث أجزاء للتدريب على العلاج (كل جزء يستغرق يومين أثنين فقط). وخلال هذا الجزء وخلال التدريب العملي أجري دور تمثيلي أنقسم خلاله المتدربون إلى نصفين نصف كانوا يمثلون دور المعالج والنصف الآخر دور مريض ثم يعكس الدور في الجزء الثاني من التدريب. وخلال دوري كمريض جربت صدمة مررت بها في عام 2001 حين تعرضت سيارتي لحادث مروري على الطريق الدائري حول لندن. وكنت منذ ذلك الحين أشعر بشيء من القلق كلما قدت سيارتي قرب مكان الحادث. بعد أن أجري العلاج التمثيلي أصبحت لا أشعر بأي قلق عند المرور من مكان الحادث. هذا شجعني أن أكما تدريبي وأجريت الجزء الثاني بعد سنة وكان أحد زملائي في الدورة طبيب نفسي مسلم من البوسنة. هذا الأخ شجعني أكثر على امتلاك ناصية العلاج بما أخبرني عنه من فعالية العلاج الذي يستخدمه في علاج معظم الأمراض النفسية لقلة الأدوية والأمكانيات في البوسنة. فمثلا لقد أخبرني عن فعاليته في علاج مرض الأكتئاب ولقد جربته ووجته فعالا حتى حينما تفشل الأدوية في علاج المرض. وفي الوقت الحالي هناك دراسة كبيرة تجرى في أوربا مركزها المانيا على علاج مرض الأكتئاب المقاوم للعقاقير بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين. النتائج الأولية التي عرضت في مؤتمر حضرته السنة الماضية تثبت فعالية العلاج في مثل هذه الحالات المرضية.

أنني أسعى الآن لكي أوصل هذا العلم ما استطعت لأخواني في العروبة في كل أنحاء الوطن العربي بعد الربيع العربي الذي يجب أن يجعلنا منفتحين على

الأفكار والأساليب الجديدة والمتقدمة. أنني أحاول أن أقنع زملائي أطباء وعلماء النفس العرب بتدريب أكبر عدد منهم على العلاج. أن وجود عدد كافي من المعالجين سيساعدنا على تكون رابطة عربية لإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين. وهذا سيمكننا بدوره من ترجمة بروتوكولات العلاج إلى اللغة العربية والبدأ بالتدريب بلغتنا الجميلة اللغة العربية. ولكن من الصعب القيام بذلك وأنشاء تدريب معترف به دوليا ما لم يكون هناك عدد كافي من المعالجين العرب بهذا العلاج. لذلك فأن التدريب على هذا العلاج ليس فقط خدمة لطب وعلم النفس ولمرضى النفس ولكنه أيضا خدمة لأمتنا العربية في تكوين مستقبل صحي ومزدهر للعام العربي مابعد الربيع العربي.

والسلام عليكم ورحمة الله وبركاته.

المراجـــــــــع

References:

- Advisory Group on Homelessness and Substance Misuse (2005) Effective Services for Substance Misuse & Homelessness in Scotland. Glasgow:Scottish Drugs Forum.
- Al-Faris, Eiad A.(2000) The Pattern Of Alternative Medicine Use Among Patients Attending Health Centres In A Military Community In Riyadh. J Family Community Med. 2000 May-Aug; 7(2): 17–25.
- American Psychiatric Association (APA). 1994. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition (DSM-IV)* , Washington , DC : American Psychiatric Association**.**
- Bisson, J., & Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic
- stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007,
- Issue 3. Art. No.: CD003388. DOI: 10.1002/14651858.CD003388.pub3.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E. *et al.* (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry, 162*(2), 214–227.
- Brown PJ, Wolfe J. (1994) Substance abuse and post-traumatic stress disorder comorbidity. Drug Alcohol Depend. 1994 Mar;35(1):51-9.
- Chambless, D.L., Baker, M.J., Baucom, D.H. *et al.* (1998). Update on empirically validated therapies.*Clinical Psychologist, 51*, 3–16.
- Davidson, P. R. & Parker, K. C. H. (2001) Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): a meta-analysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69, 305–316.
- Dein, Simon and Sembhi, Sati (2001) The Use of Traditional Healing in South Asian Psychiatric Patients in the U.K.: Interactions Between Professional and Folk Psychiatries. Transcultural Psychiatry; 38; 243-257.

- Department of Veterans Affairs and Department of Defense (2004). *Clinical Practice Guideline for the Management of Post-traumatic Stress*. Washington, DC: VA/D.D.

- EMDR International Association. (2011, September). Update

- EMDRIA definition of EMDR. EMDRIA Newsletter.

- Everly, G. S., Jr., & Mitchell, J. T. (2008). Integrative crisis intervention and disaster mental health. Ellicott City, MD: Chevron Publishing.

- Filiu, Jean-Pierre (2011) The Arab Revolution: Ten Lessons from the Democratic Uprising.London: HURST & CO.

- Foa, E.B. & Meadows, E.A. (1997). Psychological treatments for post traumatic stress disorders: A critical review. *Annual Review of Psychology, 48*, 449–480.

- Freeman, Chris; Power, Mick, *Handbook of Evidence-based Psychotherapies: A Guide for Research and Practice* (Wiley, 2007), http://lib.myilibrary.com/Browse/open.asp?ID=83872&loc=Cover (29 June 2010)

- Gerrity, Ellen T., Keane, Terence Martin and Tuma, Farris (2001) The Mental Health Consequences of Torture. New York: Plenum Publishers.

- Hien,D., Cohen,L., Miele, G. etal (2004) Promising Treatments for Women With Comorbid PTSD and Substance Use Disorders (Am J Psychiatry 2004; 161:1426–1432).

- Maxfield, L. & Hyer, L. (2002) The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD. Journal of Clinical Psychology, 58, 23–41.

- National Collaborating Centre for Mental Health (2005) Post-Traumatic Stress Disorder. The Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care. National Clinical Practice Guideline Number 26. London: Gaskell & British Psychological Society.

- Norris, F. H., Friedman, M. J., Watson, P. J., Byrne, C. M., Diaz, E, & Kaniasty, K. (2002). 60,000 disaster victims speak: Part 1. An empirical review of the empirical literature, 1981–2001. Psychiatry, 65(3), 207–239.

- Power, K., McGoldrick, T., Brown, K. (2002). A controlled comparison of EMDR versus Exposure plus Cognitive Restructuring versus Wait List in the treatment of post traumatic stress disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 9*, 299–318.

- Richardson,Greg, Partridge, Ian and Barrett, Jonathan (2010) Child and Adolescent Mental Health Services An Operational Handbook (Second edition). London: RCPsych Publications (via Turpin Distribution for the trade).

- Royal College of Psychiatrist (2001) Roles and Responsibilities of a Consultant in General Psychiatry. Council Report CR94 February 2001.

- Royal College of Psychiatrist (2001) Roles and Responsibilities of a Consultant in General Psychiatry. Council Report CR94 February 2001.
- Rothbaum, B.O., Astin, M.C. & Marsteller, F. (2005). Prolonged exposure versus eye movement desensitization (EMDR) for PTSD rape victims. *Journal of Traumatic Stress, 18*, 607–617.
- Shapiro, F. (1989) Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. Journal of Traumatic Stress, 2, 199–233.
- Shapiro, F. (1995). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols and Procedures* (1st edn). New York: Guilford Press.
- Shapiro, F. (1996) Eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR): evaluation of controlled PTSD research. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 27, 209–218.
- Shapiro, F. (2002) EMDR Treatment: overview and integration. In Shapiro, F. (Ed.) EMDR as an Integrative Psychotherapy Approach. American Psychological Association, Washington, DC.
- Stickgold, R. (2002) EMDR: a putative neurobiological mechanism of action. Journal of Clinical Psychology, 58, 61–75.
- Teasdale, J.D. (1999). Emotional processing, three modes of mind and the prevention of relapse in
- Tinker, R. H. & Wilson S. A. (1999) Through the Eyes of a Child: EMDR with Children. New York: Norton.
- Wilson, S. A., Becker, L. A. & Tinker, R. H. (1995) Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for psychologically traumatized individuals. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63, 928–937.
- van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., and Spinazzola, J. (2005) Disorders of Extreme Stress: The Empirical Foundation of a Complex Adaptation to Trauma. Journal of Traumatic Stress, Vol. 18, No. 5, October 2005, pp. 389–399.
- Van Etten, M. L. & Taylor, S. (1998) Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: a metaanalysis. Clinical Psychology and Psychotherapy, 5, 126–144.
- Adler AB, Litz BT, Castro CA, et al. (2008) A group randomized trial of critical incident stress debriefing provided to U.S. Peacekeepers. J Trauma
- Stress. 21: 253–63.
- Al-Faris, Eiad A.(2000) The Pattern Of Alternative Medicine Use Among Patients Attending Health Centres In A Military Community In Riyadh. J Family Community Med. 2000 May-Aug; 7(2): 17–25.

- Andresson, G. (1996) The benefit of optimism: a meta-analysis review of the life orientation test, personality and individual differences. 21: 719-725.
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., et al (1995) The development of a Clinician-Administered PTSD Scale. Journal of Traumatic Stress, 8, 75–90.
- Bisson, J., & Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3. Art. No.: CD003388. DOI: 10.1002/14651858.CD003388.pub3.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E. et al. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. American Journal of Psychiatry, 162(2), 214–227.
- Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., et al (1991) Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. Archives of General Psychiatry, 48, 216–222.
- Brown PJ, Wolfe J. (1994) Substance abuse and post-traumatic stress disorder comorbidity. Drug Alcohol Depend. 1994 Mar;35(1):51-9.
- Bryant, RA, Harvey, AG, Gurthrie, RM et al? (1998) Treatment of acute stress disorder: a comparison of cognitive behaviour therapy and supportive counselling. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66:862-866.
- Caplan, Gerald (1964) Principles of Preventive Psychiatry.London: Tavistock Publications.
- Chambless, D.L., Baker, M.J., Baucom, D.H. et al. (1998). Update on empirically validated therapies.Clinical Psychologist, 51, 3–16.
- Chemtob, C. M., Tolin, D. F., van der Kolk, B. A., & Pitman, R. K. (2000). Eye movement desensitization and reprocessing. In E. B. Foa, T. M. Keane, & M. J. Friedman (Eds.), Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies (pp. 139–155, 333–335). New York: Guilford Press.
- Comijs, H. C., Penninx, B. W. J. H., Knipscheer, K. P. M., et al (1999) Psychological distress in victims of elder mistreatment: the effects of social support and coping. Journal of Gerontology, Psychological Sciences, 54B, 240–245.
- Creamer, M., Burgess, P. & McFarlane, A. C. (2001) Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. Psychological Medicine, 31, 1237–1247.
- Davidson, J. R. T., Book, S. W., Colket, J. T., et al (1997) Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. Psychological Medicine, 27, 153–160.
- Davidson, P. R. & Parker, K. C. H. (2001) Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): a meta-analysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69, 305–316.

- Davidson, JR, Payne VM, Connor, KM, et al? (2005) Trauma, resilience and saliostasis: effects of treatment in post traumatic stress disorder. International Clinical Psychopharmacology, 20:43-48.

- Dein, Simon and Sembhi, Sati (2001) The Use of Traditional Healing in South Asian Psychiatric Patients in the U.K.: Interactions Between Professional and Folk Psychiatries. Transcultural Psychiatry; 38; 243-257.

- Department of Veterans Affairs and Department of Defense (2004). Clinical Practice Guideline for the Management of Post-traumatic Stress. Washington, DC: Veterans Affairs and Department of Defense.

- Everly, G. S., Jr., & Mitchell, J. T. (2008). Integrative crisis intervention and disaster mental health. Ellicott City,MD: Chevron Publishing.

- Filiu, Jean-Pierre (2011) The Arab Revolution: Ten Lessons from the Democratic Uprising.London: HURST & CO.

- Foa, E. B., Riggs, D. S., Dancu, C. V., et al (1993) Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. Journal of Traumatic Stress, 6, 459–473.

- Foa, E. B., Cashman, L., Jaycox, L., et al (1997) The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: the Posttraumatic Diagnostic Scale. Psychological Assessment, 9, 445–451.

- Foa, E.B. & Meadows, E.A. (1997). Psychological treatments for post traumatic stress disorders: A critical review. *Annual Review of Psychology, 48*, 449–480.

- Foa, E. B., Keane, T. & Friedman, M. (2000) Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. New York: Guilford Press.

- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., et al (1995) Structured Clinical Interview for DSM–IV Axis I Disorders – Patient Edition (SCID–I/P, Version 2.0). New York: Biometrics Research Department of the New York State Psychiatric Institute.

- Freeman, Chris & Power, Mick (2007) *Handbook of Evidence-based Psychotherapies: A Guide for Research and Practice* (Wiley, 2007), http://lib.myilibrary.com/Browse/open.asp?ID=83872&loc=Cover (accessed 29 June 2010).

- Freud, S. (1917) Introductory Lectures on Psychoanalysis (J. Strachey, editor and translator). New York: Norton.

- Gerrity, Ellen T., Keane, Terence Martin and Tuma, Farris (2001) The Mental Health Consequences of Torture. New York: Plenum Publishers.

- Gray, M. J. & Acierno, R. (2002) Symptom presentations of older adult crime victims: description of a clinical sample. Journal of Anxiety Disorders, 16, 299–309.
- Herman, J. (1993) Sequelae of prolonged and repeated trauma: evidence for a Complex Posttraumatic Syndrome (DESNOS). In Posttraumatic Stress Disorder: DSM–IV and Beyond (eds J. R. T. Davidson & E. B. Foa), pp. 213–228. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Hien,D., Cohen,L., Miele, G. etal (2004) Promising Treatments for Women With Comorbid PTSD and Substance Use Disorders (Am J Psychiatry 2004; 161:1426–1432).
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet. E., et al (1995) Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry, 52, 1048–1060.
- Lange, A., Rietdijk, D., Hudcovicova, M., et al (2003) Interapy: a controlled randomized trial of the standardized treatment of posttraumatic stress through the internet. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71, 901–909.
- MacCulloch, M. J. (1999) Eye movement desensitisation and reprocessing. Advances in Psychiatric Treatment, 5, 120–125.
- Maxfield, L. & Hyer, L. (2002) The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD. Journal of Clinical Psychology, 58, 23–41.
- McGaugh, JL (1990) Memory and Emotion: the role of neuromodulatory systems. Psychological Science, 1:15-25.
- McGaugh, JL (2003) Memory and Emotion: The making of Lasting Memories. New York: Columbia University Press.
- Mellman, T. A., Clark, R. E. & Peacock, W. J. (2003) Prescribing patterns for patients with posttraumatic stress disorder. *Psychiatric Services*, 54, 1618–1621.
- National Collaborating Centre for Mental Health (2005) Post-Traumatic Stress Disorder. The Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care. National Clinical Practice Guideline Number 26. London: Gaskell & British Psychological Society.
- National Institute for Clinical Excellence (2005) Post-traumatic stress disorder, The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. London: Gaskell and the British Psychological Society.
- New, AS, Keegan & KA, Charney, DS (2007) Psychobiology of resilience to stress. In Tsuang, MT, Stone, WS & Lyons, MJ (ED) Recognition and Prevention of Major Mental and Substance Use Disorders. Washington: American Psychiatric Publishing Inc.

- National Institute for Clinical Excellence (2005) Post-traumatic stress disorder, The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. London: Gaskell and the British Psychological Society.

- Norris, F. H., Friedman, M. J., Watson, P. J., Byrne, C. M., Diaz, E, & Kaniasty, K. (2002). 60,000 disaster victims speak: Part 1. An empirical review of the empirical literature, 1981–2001. Psychiatry, 65(3), 207–239.

- Olff, Miranda (2012) Early intervention following traumatic events. ESTSS Workshop,13th Conference EMDR Europe Madrid, Spain - June 14, 2012.

- Pitman, RK, Saunders, KM, Zusman, RM, et al (2002) Pilot Study of secondary prevention of posttraumatic stress disorder with propranolol. Biological Psychiatry, 51: 189-192.

- Power, K., McGoldrick, T., Brown, K. (2002). A controlled comparison of EMDR versus Exposure plus Cognitive Restructuring versus Wait List in the treatment of post traumatic stress disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 9*, 299–318.

- Pragament, K (1997) The psychology of religion and coping: theory, research & practice. New York: Guildford, 1997.

- Pitman, RK &Delahanty, DL (2007) Conceptually Driven pharmacological Approaches to Acute Trauma. In Tsuang, MT, Stone, WS & Lyons, MJ (ED) Recognition and Prevention of Major Mental and Substance Use Disorders. Washington: American Psychiatric Publishing Inc.

- Richardson,Greg, Partridge, Ian and Barrett, Jonathan (2010) Child and Adolescent Mental Health Services An Operational Handbook (Second edition). London: RCPsych Publications (via Turpin Distribution for the trade).

- Rothbaum, B.O., Astin, M.C. & Marsteller, F. (2005). Prolonged exposure versus eye movementdesensitization (EMDR) for PTSD rape victims. Journal of Traumatic Stress, 18, 607–617.

- Rose S, Bisson J, Churchill R, Wessely S. (2002)Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database Syst Rev 2002; 2 (CD000560).

- Royal College of Psychiatrist (2001) Roles and Responsibilities of a Consultant in General Psychiatry. Council Report CR94 February 2001.

- Scholes C, Turpin G, Mason S. (2007) A randomised controlled trial to assess the effectiveness of providing self-help information to people with symptoms of acute stress disorder following a traumatic injury. *Behav Res Ther* 2007; **45:** 2527–36.

- Seery, M. D., Silver, R. C., Holman, E. A., Ence, W. A., & Chu, T. Q. (2008). Expressing thoughts and feelings following a collective trauma: Immediate responses to 9/11 predict negative

- outcomes in a national sample. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76, 657–667.
- Sijbrandij M, Olff M, Reitsma JB, Carlier IVE, Gersons BPR: Emotional
- or educational debriefing, a randomized controlled trial.
- Br J Psychiatry 2006; 189:150–155.
- Shalev RS, Auerbach J, Manor O, Gross-Tsur V. Developmental dyscalculia: prevalence and prognosis. Eur Child Adolesc Psychiatry 2000; 9 Suppl 2: II58–64.
- Shapiro, F. (1989) Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. Journal of Traumatic Stress, 2, 199–233.
- Shapiro, F. (1995). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols and Procedures* (1st edn). New York: Guilford Press.
- Shapiro, F. (1996) Eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR): evaluation of controlled PTSD research. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 27, 209–218.
- Shapiro, F. (2002) EMDR Treatment: overview and integration. In Shapiro, F. (Ed.) EMDR as an Integrative Psychotherapy Approach. American Psychological Association, Washington, DC.
- Shapiro, F. & Maxfield, L. (2002) Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): information processing in the treatment of trauma. Journal of clinical Psychology, 58, 933–946.
- Solomon,S. D.Gerrity,E. T. Muff,A. M. (1992) Efficacy of Treatments for Posttraumatic Stress Disorder:An Empirical Review
- JAMA. 1992;268(5):633-638.
- Stein, M. B., Walker, J. R., Hazen, A. L., et al (1997) Full and partial posttraumatic stress disorder: findings from a community survey. American Journal of Psychiatry, 154, 1114–1119.
- Teasdale, J.D. (1999). Emotional processing, three modes of mind and the prevention of relapse in depression. *Behaviour Research and Therapy, 37*, 53–77.
- Tinker, R. H. & Wilson S. A. (1999) Through the Eyes of a Child: EMDR with Children. New York: Norton.
- Turpin G, Downs M, Mason S. (2005) Effectiveness of providing self-help information following acute traumatic injury: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*; **187:** 76–82.
- Vaiva, G, Ducrocq,F, Jezequel, K et al (2003) Immediate treatment with propranolol decreases posttraumatic stress disorder two months after trauma. Biological Psychiatry, 54:947-949.
- van der Hart, O., Brown, P & van der Kolk, B.(1989) Pierre Janet's treatment of Post-traumatic stress. Journal of Traumatic Stress, 2:379-395.

- van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., and Spinazzola, J. (2005) Disorders of Extreme Stress: The Empirical Foundation of a Complex Adaptation to Trauma. Journal of Traumatic Stress, Vol. 18, No. 5, October 2005, pp. 389–399.
- Van Etten, M. L. & Taylor, S. (1998) Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: a metaanalysis. Clinical Psychology and Psychotherapy, 5, 126–144.
- Wilson, S. A., Becker, L. A. & Tinker, R. H. (1995) Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for psychologically traumatized individuals. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63, 928–937.
- Wolpe, J. & Abrams, J. (1991) Post-traumatic stress disorder overcome by eye movement desensitisation: a case report. Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry, 22, 39-43.
- Weathers, F. W. & Ford, J. (1996) Psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL–C, PCL–S, PCL–M, PCL–PR). In Measurement of Stress, Trauma and Adaptation (ed. B. H. Stamm). Lutherville, MD: Sidran Press.
- Weiss, D. S. & Marmar, C. R. (1997) The Impact of Event Scale – Revised. In Assessing Psychological Trauma and PTSD (eds J. P. Wilson & T. M. Keane), pp. 399–411. New York: Guilford Press.
- WHO. (1992). The ICD classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO.

مقتطفات

مختارات شبكة العلوم النفسية العربية

مقتطفـــــــات

منذ الربيع العربي،
اكتشف العالم حدّود
الاضطهاد و التعذيب
الذي مارسته الأنظمة
القمعية ضد الشعوب و قد
خلق هذا الاضطهاد
بالضرورة الكثير من
المشاكل النفسيّة

إن تأسيس " مراكز ضحايا
التعذيب والعنف السياسي
للصحة النفسية " سيكون
أساس للخدمات الطبية
النفسية الجديدة بدون
مشاكل الوصمة. كما يجب
أن يدمج في هذه المراكز
المفهوم الروحي التقليديّ
للصحّة النفسية و المعالجات
التقليديّة مثل العلاج بالقرآن

"قام الحرّاس بتعليقي من
رسغي إلى السقف لمدة
ثمانية أيام. بعد بضعة أيام
من التعليق وعدم النوم،
شعرت بأن دماغي قد
توقّف عن العمل بدأت أتخيّل
الأشياء. أصبحت قدماي
منتفختين في اليوم الثالث.
أحسست بألم ما شعرت به
أبدا في حياتي. كان الألم
شديدا جدا. صرخت بأنّني
أحتاج للذهاب إلى
المستشفى، لكن الحرّاس
سخروا مني فحسب."

الأعراض النفسية للتعذيب تكون أسوأ من الجسمية في أغلب الأحيان بمعنى أن الشخص لا يمكنه التعافي منها، وقد تؤدي في النهاية، نتيجة لليأس والألم، إلى الإنتحار إذا لم تعالج ويوفر لها الدعم الكافي

إن اقتراح الدكتور جمال التركي الأمين العام لاتحاد الأطباء النفسيين العرب تأسيس مراكز عناية ضحايا التعذيب والعنف السياسي في تونس أم ثورات الربيع العربي يجب أن يكون هدف معيّن رئيسي للحكومات الديمقراطية الجديدة

إن العلاج حركة العين. (EMDR) هو علاج نفسي أساسه الدليل العلمي لعلاج الاضطراب الكربي التالي للصدمة (PTSD)

إن هناك أيضا دعم بحثي لإستخدام علاج حركة العين في معالجة الاضطرابات النفسية الأخرى و مشاكل الصحة العقلية المختلفة والأعراض جسدية للأمراض النفسية.

عرّف فرويد الكرب بأنه أيّ موقف يعرض العقل إلى محفّز يكون أكبر قوة مما يمكن للعقل التعامل معه بالطريقة الطبيعية (فرويد، 1917).

التفاعل للكرب الحاد
Acute stress reaction

هو اضطراب عابر، على درجة كبيرة من الشدة، يتكون في الشخص دون وجود أي اضطراب نفسي واضح آخر، كاستجابة لكرب استثنائي جسمي أو نفسي أو كليهما، ويتلاشى عادة خلالي ساعات أو أيام.

اضطرابات التأقلم
Adjustment disorders

هي حالات من الضيق الفردي والاضطراب الوجداني غالبا ما تسبب التشويش على النشاط والأداء الاجتماعيين. وتظهر الحالات أثناء فترة التأقلم مع تغير رئيسي في الحياة أو مع عواقب حادث حياتي مسبب للكرب

إنّ أهمية الأحداث يحدّده ليس العوامل النفسية لكن أيضا بالعوامل الحيوية. الإثارة العاطفية التي ترتبط بالأحداث الهامّة يبدو بأنه يفّعل من خلال ممر هورموني عصبي. هورمون الإجهاد ' adrinaline أو epinephrine ' الذي يسبّب ردّ فعل الهروب أو القتال ومستوياته في الدمّ يقوّي أهمية الذاكرة أيضا والتكيّف إليها

بأنّ لدى الغالبية العظمى من الناس المرونة والمقاومة للصدمة ولذلك السبب فهم يتحمّلونها بدون الإصابة بالأمراض النفسية.

أدّت الإفتراضات المذكورة أعلاه إلى نظرية تقترح بإن إعطاء مواد وعقاقير مضادة لهرمون الإجهاد فورا بعد الصدمة أو الحدث المؤلم قد يساعد على منع تطوير الاضطراب النفسية التالية للصدمة.

البيانات الوبائية من الدراسات الكبيرة في الولايّات المتحدة الأمريكية خمنت إنتشار الاضطراب (PTSD) خلال العمر في حوالي 7.8 ٪ (نساء 10.4 ٪، رجال 5.0 ٪)

اضطرابات التأقلم ترتبط بالضيق الشخصي والاضطراب العاطفي الذان يظهران في فترة التكيّف للتغييرات الحياتية الهامّة أو حدث حياتي كربي.

'بأنّ تتغيّر الشخصية الدائمي بعد التجربة ألهائلة يمكن أن تكون نتيجة بعيدة المدى للاضطراب الكربي التالي للصدمة المزمن والذي يتلوا تجارب مثل التعذيب أو ألاحتجاز والسجن لمدة طويلة كرهينة

ومن الضروري بمكان تذكر وإعتبار الاضطراب الكربي التالي للصدمة في التشخيص التفاضلي لأيّة حالة لا تستجيب للعلاج النفسي والدوائي

الاضطراب الذهولي النفارقي (Dissociative Disorders): و هذا يعرّف بأنه "خسارة جزئية أو كاملة للتكامل الطبيعي بين ذكريات الماضي، وبين وعي الهوية والأحاسيس الحالية، والقدرة والسيطرة على الحركات الجسمانية".

إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR) طوّرا من قبل شابيرو في 1989. إنّ النموذج النظري للعلاج مستند على فرضية وجود اجترار لذكريات، عواطف وأحاسيس عاطلة يعانيها مرضى الاضطراب بشكل رئيسي بسبب الخزن الغير ملائم للحدث المؤلم في ذاكرة المريض الضمنية. التحفيز الثنائي (بضمن ذلك حركات العين) تساعد في معالجة هذه الذكريات بإنتقالهم من الذاكرة الضمنية إلى الذاكرة الواضحة بما يجعلها ذاكرة طبيعية يمكن التعلم منها.

فإن اثنان من مضادات الاكتئاب مجازين حاليا في المملكة المتّحدة لمعالجة الاضطراب، و هذه هي الباروكستين (paroxetine) بجرعة 20–50 مليغرام و السرتريلين (sertraline) بجرعة 100–200 مليغرام.

ففي 1987، لاحظَت شابيرو أثناء مشيها في متنزه السنترال بارك في نيويورك، بأن تحرّيك عيونَها خلال مشيها في المتنزه يمينا ويسارا تَبْدو وقد أنقصت المشاعر السلبية العاطفية المرتبطة بأزمة محزنةٍ خاصةٍ كانت تمر بها حينذاك. لقد أدى ذلك إلى افتراضها بأن حركات العينِ تؤدي وظيفة و تأثير "إبطال التحسس".

أن الدماغ حسب هذه النظرية يُعالجُ عناصِر متعدِّدة مِنْ تجاربِنا ويخزن الذكريات في شكلِ مفيدِ و سهل الوصولِ اليه. ولكن وفي الصدمات عالية الكرب يضطرب نظام الدماغ في معالجة وخزن الذكريات بحيث تخزن في حالتها غير المعالجة بما يجعل من الصعب بمكان على العقل التعامل مع هذه الذكريات بطريقة صحية بما ينتج عنه آثار و أعراض الاضطراب الكربي التالي للصدمة (PTSD).

بالرغم من أن إجراءاتِ العلاج وُحِّدتْ منذ 1991 في برووتوكولات خاصة، فقد كانَ هناك الكثير من التطور في الأفكار المتعلقة بالدعاماتِ النظريةِ للعلاج منذ 1989، في ضوءِ نتائجِ البحثِ العلمي والسريري. أن هذه التطورات ماهي إلا علامة إضافية على كون هذا العلاج يمارس على أساس الدليل العلمي.

عندما تحصل صدمة أو حدث سلبي بشدة عالية تحصل معالجة البيانات بطريقة ناقصة فالمشاعر السلبية القوية قدْ تعرقل معالجة البيانات بما يمنع صياغة الإرتباطاتِ بسبب كون المعلومات الأكثر تكيّفاً تكون محبوسة في شبكاتِ الذاكرةِ الأخرى بطريقة غير معالجة.

سبب حدوث الحالة المرضية في الاضطراب الكربي هو بسبب التشفير الغير صحي أو الناقص للمعلومات في الذاكرة للأحداث والتجارب الحياتية المؤلمة أو المقلقة

أن تكرّار حركة عينِ (تَحفيز ثنائي) تُجبرُ الشخص بأن يوجه إنتباهَه بصورة مكررة من موقع إلى آخر يُنتجُ النوباتَ من المحتمل في تنشيطِ الدماغ الإقليميِ وتشكيل عصبي (neuromodulation) مشابه لذلك الذي ينتجَ أثناء النومِ خلال مرحلة حركة العين السريعة بما يسهّل التكاملَ اللحائيَ للذكريات الإستطراديةِ المؤلمةِ في الدماغ.

(الدِراسات قد أظهرٍت بأنٍ النومُ يلعب دورا حساسا في عملية تعزيزَ الذاكرةِ؛ و يَبْدو إن النومُ في غير مرحلة حركة العين السريعة هو الأكثر أهمية لتَقوية الذكريات في قرن آمون (hippocampus) بينما مرحلة حركة العين السريعة أكثر أهمية لذكريات اللحاء الجديد (neocortex)).

يجب توضّيحُ وشرح العلاج للمريض، المعالج يقوم بإخبار المريض بان " دماغهم هِو الذي سيَعمَلُ على شفاءهم وأنهم هم المسيطرون على العلاج

ومن التطورات المهمة فحص قوة الأنا (ego) والمرونة لتحمل معالجة الذكريات المؤلمة. أذا كانت نتيجة هذا الفحص أن المريض غير مستعد لمعالجة الذكريات فأن المعالج يقود المريض إلى سلسلة من التمارين العلاجية الأخرى التي تقوي الأنا و تبني مشاعر الراحة والأمان عند المريض

يجب التأكيد من إن تحضير الإدراك الإيجابي صمِّمَ ليكون كرد منطقي على لا عقلانيةِ إعتقادِ المريض السلبي بما يساعد على خلقُ توقّعَ التغييرِ التكيفيِ الإيجابي.

يقوم المريض بالتعرض التدريجي والإتّصالِ الأقربِ فالأقربِ بالتجربة المؤلمِة الكاملِة، وهو يقوم بعد إحضار الصورةِ البصريةِ، بإحضار الإدراك السلبي المترافق ثم يقوم المعالج بمساعدته على خلق إدراك إيجابي يحب أن يفكر به الآن عندما يتذكر الصدمة (ويكون معاكسا للإدراك السلبي).

يُستعمل التحفيز الثنائي على شكل حركات العين أو نغمات مسموعة أو النقر على الجانبين مع إدامة ثنائي الإنتباه والتحفيز مع الفعاليات العلاجية الأخرى المصممة للمساعدة في معالجة المعلومات. المريض يُوجهُ بأن يديم أنتباهه مع التحفيز على الجانبين وفي نفس الوقت إدامة تذكر على الصور و الإدراك السلبي والإحساسات الجسمية

التمكن من الوصول إلى الصدمات المؤلمة المختزنة بسبب كونها معالجة بطريقة خاطئة من قبل الدماغ وبعد الوصول إلى هذه الصدمات أو الذكريات الهدف تتم إعادة معالجتها بالتحفيز على الجانبين ليتم بعد ذلك مكاملتها مع الذكريات الصالحة للتعلم.

الهدف هو تقوية الإدراكَ الإيجابيَ والمصمم ليستبدل إدراك المريض السلبي الأصلي المربط بالذاكرة. وليس منِ الغريب أن يزداد الإدراك الإيجابيَ قوة خلال المرحلة الرابعة لإبطال التحسس أو أن يستبدل بإدراك آخر أكثر إيجابية وأكثر مناسبة علاجيا من الإدراك المحدد في مرحلة التقييم.

للوصول إلى مرحلة الإغلاق فأنه من الضروري بمكان أن يكون المريض في حالة توازن عاطفي في نهاية الجلسة العلاجية لتكون الجلسة كاملة. أي عندما تكون وحدة الاضطراب الذاتي = صفر و مدى صحة الإدراكِ = 7 (كامل الصدق)؛ و مَسْح الجسمِ خالي من الاضطراب.

إن إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR) يعمل على إعادة معالجة معلومات مجمّدة أو عاِطلة ضمن منظور تكيفي. (قدْ لا تتحقق كل أهدافَ المعالجةِ؛ ومن الضرِوري في هذه الحالة أستكمالَ العلاج بالعلاجات النفسية الأخرِى)

أصبح علاج إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR) مقبولا بشكل كبير كمعالجة فعّالة للاضطراب الكربي التالي للصدمة (PTSD) حسب ما دلت عليه التجربة والدراسات السريرية

مهما كانت أهمية النقدِ الموجه لعلاج التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR)، يبقى علاجا ناجحا بشكل مذهل بدليل الاهتمام العلمي والمنشوراتِ البحثية التي تكونت حول فعاليته في وقت قصير نسبياً ومن ناحية عشراتِ الآلاف من الأطباء السريريين في كافة أنحاء العالم الذين تَدرَّبَوا على العلاج.

وفي دراسة شاملة للدراسات المتوفرة على قاعدة بيانات كوكران للدليل الطبي العلمي، أظهرت الدراسة أن كل من إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR) و العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة (trauma-focused CBT) هما العلاجان الوحيدان اللذان يمتلكان أفضل دليل للنجاعة في علاج مرض الاضطراب الكربي التالي للصدمة

أوصى المعهدِ الوطنيِ للبراعةِ اِلسريريةِ في المملكة المتحدة (NICE, 2005)، بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR) كواحد من اسلوبين للمعالجة مدعومة بالدليل التجريبي لمرض الاضطراب الكربي التالي للصدمة

أعلنت منظمة الصحة العالمية هذا العام 2013 كعام تتبنى به إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR) كعلاج مهم من ناحية الصحة العامة العالمية لعلاج أمراض الصدمة.

أغلب مصادر وإمكانات المعالجة للصدمة ومراكز البحث حولها تتواجد في أوروبا التي يشكّل سكانها 7 ٪ فقط من سكان العالم بما يحدد مدى الحاجة الغير مؤمنة في هذا المجال في دول العالم الثالث بما فيها دول عالمنا العربي.

منذ انطلاقة الربيع العربي اكتشف العالم حدّود الاضطهاد والتعذيب الذي مارسته الأنظمة القمعية ضد الشعوب وقد خلق هذا الاضطهاد بالضرورة الكثير من المشاكل النفسيّة لدى المواطنين

ضحايا التعذيب يمكن أن يعانوا من الاضطراب الكربي التالي للرضخ ، الكآبة، وأعراض أخرى مثل الإنطواء الإجتماعي، مشاكل النوم بالإضافة إلى الأثر على الأسرة والمجتمع.

إن الممارسات القمعية وغير الإنسانية للأنظمة العربية التي أطاح وسيطيح بها الربيع العربي قد تركت العديد من الآثار النفسية في المتعرضين لها من أبناء الشعب العربي. من هذه الآثار مرض الاضطراب الكربي التالي للصدمة والذي عادة ما يصيب المتعرضين للعنف والتعذيب.

إن مرض الاضطراب الكربي التالي للصدمة هو كارثة شخصية وعائلية واجتماعية قد تكون أحيانا أكثر سوءا من الكارثة المسببة للمرض.

إن مقترح تشكيل وحدة الرعاية النفسية لضحايا التعذيب والعنف السياسي في تونس من قبل الدكتور جمال التركي لتشكل خطوة الأولى في درب مساعدة ودعم ومعالجة ضحايا القمع والتعذيب.

أن إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين هو علاج ثوري لأمراض الصدمة مشتق من عملية فسلجية يجريها كل فرد خلال نومه من خلال مرحلة حركات العين السريعة من النوم حيث يقوم دماغ الشخص بمعالجة الصدمات التي مرت بها خلال اليوم بطريقة يحولها إلى معلومات وتجارب حياتية مفيدة عند المرور بمثل هذه الصدمات مرة أخرى.

ما يفعله المعالج في علاج إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين هو تفكيك الذاكرة الصدمة والتي تدعى علاجيا الذاكرة الهدف إلى مكونات أولية يسهل على دماغ المريض مع اشراف ومساعدة المعالج معاجتها بمجموعة حركات عين سريعة تتم خلال اليقظة.

أن إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين هو علاج ثوري لأمراض الصدمة مشتق من عملية فسلجية يجريها كل فرد خلال نومه من خلال مرحلة حركات العين السريعة من النوم حيث يقوم دماغ الشخص بمعالجة الصدمات التي مرت بها خلال اليوم بطريقة يحولها إلى معلومات وتجارب حياتية مفيدة عند المرور بمثل هذه الصدمات مرة أخرى.

ما يفعله المعالج في علاج إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين هو تفكيك الذاكرة الصدمة والتي تدعى علاجيا الذاكرة الهدف إلى مكونات أولية يسهل على دماغ المريض مع اشراف ومساعدة المعالج معاجتها بمجموعة حركات عين سريعة تتم خلال اليقظة.

الكتاب الإلكتروني لشبكة العلوم النفسية العربية: العدد 29

إصدارات شبكة العلوم النفسية العربية

د.وليـــــد خالـــد عبـــد الحميـــــد



الاختصاص: الطب النفسي للبالغين وكبار السن مع أختصاص دقيق في المعالجة السريرية لأمراض الصدمة و علم وبائيات الصحة النفسية.
الشهادة: بكالوريوس في الطب والجراحة من جامعة بغداد و عضوية الكلية الملكية للطب النفسي البريطانية و دكتوراه في الطب من جامعة لندن في علم وبائيات الصحة النفسية، ورخصة ممارسة من رابطة علاج الأمدر الأوربية في المعالجة المتخصصة لأمراض الصدمة بعلاج إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR).

الإهتمامـــات العلميـــة

- الجوانب الاجتماعية خصوصا تلك التي ترتبط بالمجتمع المسلم وارتباطها بالصحة النفسية.
- والحاجات الروحية والثقافية في الصحة العقلية.
- تقييم الحاجة، وتقييم خدمات الطب النفسي.
- أمراض الصدمة وعلاجها بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR)
- علاج الأمراض النفسية المزمنة المقاومة للعلاجات الدوائية بهذا العلاج.

الوظائـــف والمسؤوليـــات

- مستشار في الطب النفسي وأستاذ مشارك في مركز الطبّ النفسي في مستشفى باوتس وكلية طبّ الملكة ماري في جامعة لندن
- مستشار الطب النفسي في مركز ليندن، شيلمسفورد إسيكس، المملكة المتّحدة.
- مستشار لخدمة الاستشارة الثقافية في مركز الطبّ النفسي في باوتس
- يدرس في برامج ماجستير لمركز الطبّ النفسي في باوتس.

المؤلفـــــات

- نشر وراجع مقالات للعديد من المجلات الطبية والنفسية
- كتب في موضوع طب نفس الصدمة.
- ترجم بروتوكول إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR) الى العربية

النشـــاط العلمـــي

- عضو اللجنة الاستشارية لشبكة العلوم النفسية.
- عضو اتحاد الأطباء النفسيين العرب.
- عضو رابطة الأطباء البريطانيين
- عضو الكلية الملكية للطب النفسي.
- الجوائز: جائزتي البراعة السريرية في 2009/2008 وفي 2011/2010 و جائزة الإنجاز البحثي والتطوير من خدمات الصحّة النفسية في شمال إسيكس العام 2010.